Rok XLIV. Kraków 22 Kwietnia 1905. Nr. 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej wojskowo-medycznej Akademii w Petersburgu Prof. Dr. W. N. Sirotinina.

O wzajemnym stosunku braku soku żołądkowego *(achylia gastrica)* i tak zw. *protozoa-colitis.*

Podał

Dr. med. Zenon Orłowski

ordynator kliniki.

W r. 1857 Malmsten (1) pierwszy opisał 2 przypadki biegunki przewlekłej, w których badanie kału wykazało obecność znacznej liczby szparkoszów (*balantidia coli*). Jeden z tych przypadków zakończył się zejściem śmiertelnem. Badanie zwłok wykazało w kiszkach grubych liczne owrzodzenia, a na ich powierzchni — szparkosze. Tą pracą swoją Malmsten pierwszy zwrócił uwagę na ważne znaczenie szparkoszów w patologii człowieka i od tej pory opisano już 93 przypadki biegunki przewlekłej, będącej w związku z obecnością szparkoszów w kale. Wkrótce okazało się, że nie tylko szparkosze, lecz i inne pierwotniaki mogą wywoływać takież same rozwolnienia. Tak Loesch (2) w 1874 roku wykrył ogromną ilość pełzaków okrężnicy (*amoeba coli*) w płynnych stolcach 24-letniego włościanina, cierpiącego dłuższy czas na krwawą biegunkę. Marchand (3) pierwszy w 1875 roku opisał rzęsistka jelitowego (*trichomonas intestinalis*) w płynnych stolcach chorego na dur brzuszny, a wkrótce Zunker (3) wykrył wiciowce w 7 przypadkach uporczywej biegunki. Opisują jeszcze ogoniastka (*cercomonas intestinalis*, *cercomonas coli hominis*) i wielkouśćca jelitowego (*megastoma entericum*) (Grassi) (3) i t. d.

W jaki sposób odbywa się zakazenie człowieka pierwotniakami? Pytanie to nie jest jeszcze dotychczas rozstrzygnięte dostatecznie, lecz nie ulega wątpliwości, że zakażenie następuje prawie wyłącznie przez usta, wobec czego stan żołądka i soku żołądkowego powinien tu odgrywać znaczną rolę. Przepatrując jednak opisy przypadków biegunki przewlekłej, w których znaleziono pierwotniaki w kale, widzimy, że na stan żołądka przy tem cierpieniu mało wogóle zwracano uwagi. Mamy do tej pory opisanych przeszło sto przypadków tej choroby i tylko w niektórych ostatnich pracach znajdujemy zdanie sprawy ze stanu chemizmu trawienia żołądkowego, — co jest tem dziwniejsze, że wielu chorych w wywiadach skarżyło się na objawy ze strony żołądka. Tak n. p. chory Sołowjewa (4) wskazywał na bole w dołku i od czasu do czasu wymioty, a dopiero po roku wystąpiło rozwolnienie z szparkoszami w kale. U chorego prof. Dehia (5) biegunkę poprzedziły ciągłe nudności; to samo — w przypadku Runeberga (6) i t. d.

Moritz i Hölzl (7) byli pierwsi, którzy zbadali stan treści żołądkowej w jednym ze swoich 7 przypadków i znaleźli brak wolnego kwasu solnego. Henschen (8) w jednym przypadku nie znalazł również wolnego kwasu solnego. Gołubinin (9), Ernroth (10), Pokrowskij (11) spostrzegali zupełny brak soku żołądkowego (*achylia gastrica*) w swoich przypadkach, przyczem dolegliwości ze strony żołądka trwały dłuższy czas, zanim wystąpiło rozwolnienie, względnie pierwotniaki w kale. Oprócz tego u Cohnheima (12) mamy jeszcze 6 przypadków, w których przy badaniu kału znaleziono rzęsistka i wielkouśćca jelitowego (*trichomonas* i *megastoma entericum*); w 4 przypadkach badanie soku żołądkowego wykazało zupełny jego brak; w 5-tym *gastritis anacida*, w 6-tym nieżyt żołądka z niedostateczną ilością kwasu solnego (*gastritis subacida*).

Na tem kończą się nasze wiadomości co do stanu soku żołądkowego przy *protozoa-colitis*. W podręcznikach najnowszych, nawet i bardzo obszernych (Nothnagel) nie spotykamy i wzmianki o tej kwestyi; tymczasem te lub inne właściwości soku żołądkowego bezwątpienia, jak już wyżej nadmieniłem, powinny odgrywać dużą rolę w zakażeniu człowieka pierwotniakami. Wiadomo, że pierwotniaki są nadzwyczaj wrażliwe na kwasy; według Mittera (13) kwas solny w rozcieńczeniu 1 : 200—500 gubi je w ciągu kilku minut; kwas octowy (1 : 75) niszczy je momentalnie. Waldenström i Henschen (14) dowiedli doświadczalnie, że szparkosze giną pod wpływem kwaśnego soku żołądkowego. Wobec tych danych należy w każdym przypadku biegunki z obecnością pierwotniaków w kale badać starannie stan żołądka, tem bardziej, że, jak wykazały badania Sołowiewa (4), Winogradowa (14), Klimenki (16), pierwotniaki wcale nie są niewinnymi pasorzytami i posiadają duże znaczenie kliniczne. Wobec tego postanowiłem ogłosić kilka przypadków *protozoa-colitis*, w których zwróciłem szczególną uwagę na właściwości soku żołądkowego.

Przypadek I. Rolnik *T. I.*, lat 45, wstąpił do kliniki, uskarżając się na silne osłabienie, brak łaknienia, bole w brzuchu i częste rozwolnienie (6—7 razy na dobę). Ma on siebie za chorego już od $1^1/_2$ roku; doświadcza częstych odbijań i nudności. Po 6 miesiącach do objawów żołądkowych dołączyło się rozwolnienie, które znacznie podkopało siły chorego. Krwi w stolcach nigdy nie zauważył; przyczyny choroby określić nie może; napojów wyskokowych nie nadużywał. W r. 1882 chorował na dur brzuszny; bliższe rodzeństwo zdrowe.

Stan obecny. Chory średniego wzrostu, dobrze zbudowany, wycieńczony. Skóra i błony śluzowe blade; gruczoły chłonne nie powiększone; granice stłumienia serca prawidłowe; tony serca czyste, tętno 17—20 na 1′; język grubo obłożony; brzuch wzdęty, osobliwie w bocznych częściach i w okolicy jelita poprzecznego; chory w tem miejscu odczuwa bolesność, a przy głębszem obmacywaniu występuje bulkotanie. Wątroba i śledziona nie są macalne. Ilość moczu w ostatniej dobie 1700 sz. ctm., ciężar gatunkowy jego 1,013; białka i cukru

mocz nie zawiera. Stolców 8 na dobę; są one obfite, płynne, o silnie nieprzyjemnej woni, odczynu alkalicznego, zawierają dużo śluzu. Przy badaniu dobrowidowem znaleziono dużą ilość śluzu, resztki niestrawionego pokarmu, włókna mięsne, ziarnka skrobi, kropie tłuszczu, różne komórki roślinne, kryształy trójfosforanów, czerwone krwinki, dużo drobnoustrojów i drobnoziarnisty rozpad. Oprócz tego znaleziono w znacznej ilości (7—10 w polu widzenia) żywe wiciowce, energicznie ruszające się we wszystkich kierunkach. Żołądek naczczo próżny. Badanie treści żołądkowej w godzinę po próbnem śniadaniu Boas-Ewalda wykazało: wydobyto 30 sz. ctm. słabo rozdrobionego pokarmu. Ogólna kwasota = 8. Brak wolnego kwasu solnego i kwasu mlekowego. Siła trawiąca soku żołądkowego według Metta = 1 mm.

Chory przebył w klinice 3 tygodnie. Pod wpływem wlewań odkażających biegunka stała się rzadką i w ostatnich dniach swego pobytu w klinice miał chory po 2 stolce na wpół gęste. Wiciowce można było stwierdzić jeszcze w dniu wyjścia chorego ze szpitala.

Przypadek II. Stangret *W. L.*, lat 43, wstąpił do kliniki 20 października 1905 roku, skarżąc się na biegunkę, bole w dołku, ciągłe odbijanie, czasami nudności i wymioty, które występują najczęściej po jedzeniu w nieokreślonym czasie. Uważa siebie za chorego od 2 lat. Przed chorobą dużo pił w ciągu ostatnich lat 20; 2 lata temu zauważył, że po użyciu nawet niewielkiej ilości wódki występują nudności i wymioty; wkrótce potem pojawiły się bole w dołku, a po roku dołączyła się biegunka, przyczem liczba stolców dochodziła 4—5 na dobę. W ciągu tych dwóch lat chory znacznie schudł. W 20-ym roku życia przebył ostrą zakaźną chorobę (jaką? — nie wie). Lat 10 temu miał rzeżączkę. Przed 5 laty spostrzegł na kończynach dolnych obrzęki, osobliwie wieczorami, które po dwutygodniowem leczeniu w szpitalu znikły zupełnie. Bliższe rodzeństwo zdrowe. Rodzice pomarli w podeszłym wieku.

Stan obecny. Chory wysokiego wzrostu, dobrze zbudowany, znacznie wycieńczony. Błony śluzowe blade; skóra blada z żółtawym odcieniem. Gruczoły chłonne na szyi, w pachach i pachwinach nieco powiększone i twarde. Klatka piersiowa zbudowana prawidłowo, oddechów 20 na minutę. W prawym szczycie płuc przy opukiwaniu stwierdza się niewielkie stłumienie i wydech w tem miejscu słyszalny. W reszcie obu płuc szmer oddechowy pęcherzykowy. Granice stłumienia serca prawidłowe; tony jego czyste; tętno 64, miarowe. Znaczne zwapnienie dostępnych do omacania tętnic. Ściana przednia brzucha wiotka. Przy obmacywaniu chory skarży się na bolesność w dołku. Wątroba powiększona na 3 palce, miękka, gładka, mało bolesna. Dobowa ilość moczu 1000 sz. ctm.; mocz barwy blado-żółtej, przeźroczysty, ciężaru gatunkowego 1,004, odczynu słabo kwaśnego; białka i cukru nie zawiera. Stolce 3—4 na dobę, płynne, o bardzo nieprzyjemnej woni, zawierają dużo śluzu, znaczną ilość niestrawionych komórek roślinnych, kulki tłuszczu, włókna mięsne. Oprócz tego w każdem polu widzenia widzimy 3—6 żywych rzęsistków jelitowych (*tricchomonas intestinalis*). Żołądek naczczo próżny. W godzinę po próbnem śniadaniu *Boas-Ewalda* wydobyto 25 sz. ctm. źle rozdrobionego pokarmu. Ogólna kwasota = 4. Brak wolnego kwasu solnego i kwasu mlekowego. Siła trawiąca soku żołądkowego według Metta = 0.

Pod wpływem podawania kwasu solnego i odkażających wlewań do jelita odchodowego stan chorego znacznie się polepszył i chory po 2 tygodniach opuścił klinikę.

Przypadek III. Ksiądz ormiański, *M. S*, lat 58, wstąpił do kliniki z powodu ogólnego osłabienia, ciągłej biegunki, częstych nudności i bolów głowy. Do 42 roku życia był zupełnie zdrów. W r. 43-im przebył ostry gościec stawowy. Przed 5 laty zaczął doświadczać odbijań, nudności przeważnie po jedzeniu, oraz powstał zupełny brak łaknienia. Stan chorego stale się pogarszał, wystąpiły wymioty, z początku 1—2 razy tydzień, potem prawie codziennie; po upływie 3 miesięcy dołączyła się od czasu do czasu biegunka, po której następowało zaparcie stolca. W ostatnich 2 latach biegunka trwała bez ustanku; chory miewa po 3—4—5 płynnych stolców. Lato 1903 r. chory spędził w Essentukach (na Kaukazie); tam właśnie po raz pierwszy w stolcach chorego znaleziono rzęsistka jelitowego (*trichomonas intestinalis*), a w moczu cukier w ilości 4%. Pod wpływem leczenia zdrojowego stan chorego znacznie się poprawił, lecz polepszenie trwało niedługo tak, że po 3 miesiącach biegunka znowu zaczęła dręczyć chorego. Przyczyny choroby pacyent wskazać nie może: cały czas pędził umiarkowany tryb życia bez wszelkich nadużyć.

Stan obecny. Chory średniego wzrostu, dobrze zbudowany, odżywienie mierne, chociaż chory twierdzi, że w ostatnim czasie znacznie schudł. Błony śluzowe blade, gruczoły chłonne nie powiększone. Język grubo obłożony. W płucach nic osobliwego. Granice stłumienia serca prawidłowe. Tony serca czyste, tętno 76 na minutę, miarowe. Brzuch wzdęty, przy obmacywaniu bolesny w okolicy okrężnicy zstępującej i zagięcia esowatego. Wątroba powiększona na $1\frac{1}{2}$ palca, gładka, twardawa, niebolesna. Śledziona niemacalna. Na kończynach dolnych żylaki; niewielkie obrzęki. Moczu 1400 sz. ctm., ciężar gatunkowy 1,004; odczyn moczu kwaśny; białka i cukru nie zawiera. Stolce (3—4 razy na dobę) płynne, zawierają sporo śluzu, roślinnych komórek, włókien mięsnych, kulek tłuszczu, dużo rozpadu, wszelkiego rodzaju drobnoustrojów i ciałka ropy w niewielkiej ilości. Oprócz tego w każdem polu widzenia znajdowano po 5—10 sztuk rzęsistka jelitowego i w mniejszej ilości ogoniastka jelitowego (*cercomonas intestinalis*). Żołądek naczczo próżny. W treści żołądka, wydobytej w godzinę po próbnem śniadaniu *Boas-Ewalda*, nie znaleziono wolnego kwasu solnego. Siła trawiąca soku żołądkowego według Metta = 0.

Przytoczę tu jeszcze 4-ty przypadek, chociaż w tym przypadku badanie soku żołądkowego zostało wykonane *à posteriori*, lecz, jak z wywiadów wynika, chory skarżył się na żołądek jeszcze przed 5 laty. Nie ulega chyba wątpliwości, że już przed wystąpieniem biegunki chory cierpiał na brak soku żołądkowego.

Przypadek IV. *P. I.*, lat 42, skarży się na częste nudności z obfitym ślinotokiem, występujące i po jedzeniu i naczczo. Nudności trwają od kilku godzin do kilku dni, a następnie ustają na pewien czas (do 1—2 tygodni). Cierpienie trwa od 5 lat (od r. 1898) i z każdym rokiem chory czuje się gorzej. W końcu listopada 1903 r. wystąpiła biegunka (5—6 stolców na dobę). Przy badaniu kału znaleziono pełzaki okrężnicy, które znikły dopiero w czerwcu 1904 r. pod wpływem starannego leczenia. Obecnie stolce zupełnie prawidłowe. Napojów wyskokowych chory zupełnie nie używa. W dzieciństwie przebył płonicę, później chorował na zimnicę, która dręczyła chorego cały rok.

Stan obecny. Osobnik dobrze zbudowany i dobrze odżywiony. Ze strony narządów wewnętrznych niema nic osobliwego. Żołądek naczczo próżny w godzinę; po próbnem śniadaniu *Boas-Ewalda* wydobyto 30 sz. ctm. źle rozdrobnionej treści żołądkowej. Ogólna kwasota 10°, brak kwasu solnego wolnego. Jasny odczyn Uffelmanna na obecność kwasu mlekowego. Siła trawiąca soku żołądkowego według Metta = 0.

(Dok. nast.)

II. O doszczętnej operacyi przepukliny pępkowej.

Podał

Dr. Roman Barącz

Docent prywatny chirurgii Uniw. lwowskiego.

(Ciąg dalszy).

Podczas pobytu mojego w Ameryce przed 2 laty poznałem metodę, która w przypadkach przeciętnych obu tym zadaniom, jak sądzę, zadość uczynić jest w stanie; jestto metoda, obmyślana w r. 1895 przez W. J. Mayo[15]) z Rochesteru (Minnesota). Na metodę tę zwrócił autor jej uwagę na Zjeździe chirurgów kolejowych amerykańskich w roku 1898[16]). Wtedy doświadczenie jego opierało się tylko na 5 przypadkach, później opisał ją obszerniej na podstawie doświadczenia, zebranego w 18 przypadkach[17]),

[15]) Porównaj mój artykuł p. t.: Krótki pogląd na obecny stan techniki chirurgicznej w Stanach Zjednoczonych („Przegląd lekarski" 1904, Nr. 9—12 i „Wiener med. Wochenschrift" 1904, Nr. 13).

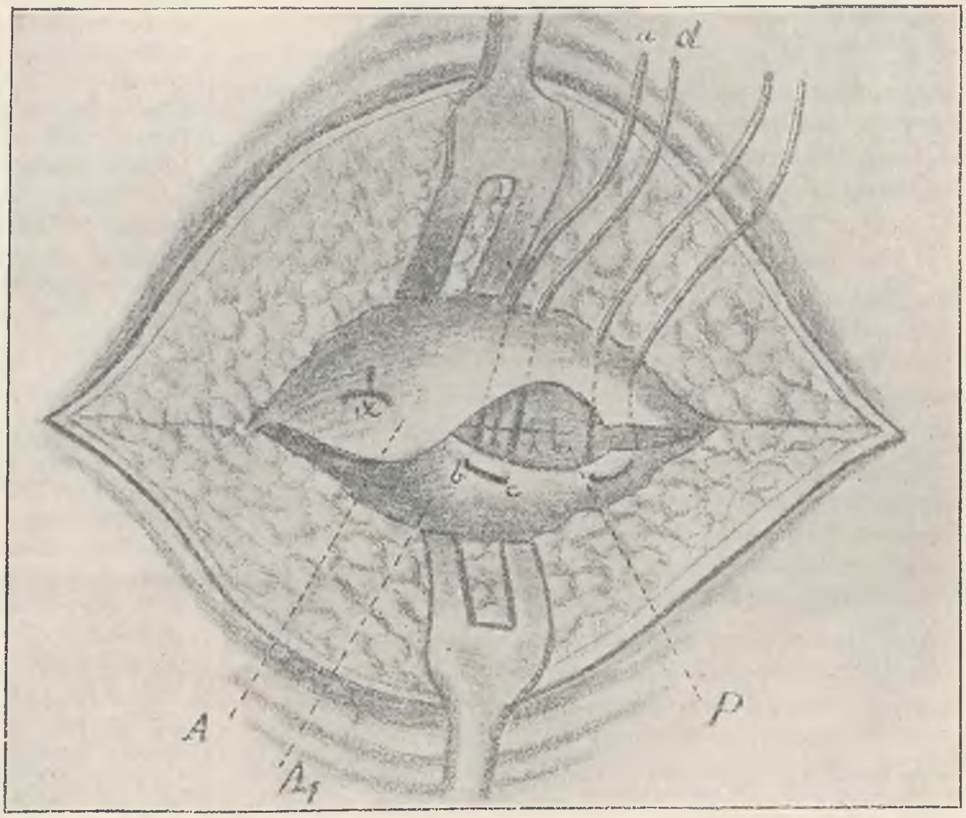
[16]) William J. Mayo: Remarks on the radical cure of hernia. („Annals of Surgery" Vol. XXIX, 1899, str. 51).

[17]) Tenże: An operation for the radical cure of umbilical hernia. („Annals of Surgery" Vol. XXXIV, 1901, str. 275 i n.).

a wreszcie w 35 przypadkach[18]). Wyszedł on przytem z zapatrywania, że wobec większych przepuklin mięśnie proste brzucha powyżej pępka i na wysokości jego stanowią zazwyczaj znaczny rozstęp i nie dają się użyć do wzmocnienia okolicy pępkowej, chyba tylko przy zastosowaniu plastyki. Dlatego używa on przesunięcia i zdwojenia rozcięgna tychże mięśni jako zapory przeciw tłoczni śródbrzusznej po wykonaniu omfalektomii. Zasady zdwajania rozcięgien mięśniowych użyli już L. Championnière, Girard i Andrews (Chicago) przy swoich metodach operacyi doszczętnej przepukliny pachwinowej: rozcięgno mięśnia ukośnego zewnętrznego bywa nieco wyżej jak zazwyczaj przecinane, a obie blaszki jego jedna na drugą naszywane.

W. J. Mayo wykonywa operacyę tę wraz ze swoim bratem C. H. Mayo w sposób następujący: Obrzęk przepuklinowy okala dwoma cięciami łukowatemi, 6—8 cali (15—20 ctm.) długiemi, w kierunku pionowym lub lepiej poprzecznym, które schodzą się na obu końcach. Cięcia te pogłębia aż do rozcięgna mięśni prostych brzucha. Powierzchnię rozcięgna odsłania na przestrzeni około $1^1/_2$ cala (4 ctm.) we wszystkich kierunkach od szyi worka, która według Dr. Mayo rzadko kiedy bywa grubszą niż palec wskazujący. Szyję worka otwiera przecinając dokoła pierścienia wszystkie warstwy rozcięgna aż do otrzewnej, którą otwiera okrężnie. Bada teraz dokładnie treść worka; jeżeli takową stanowi sama sieć, podwiązuje ją w kilku pęczkach i odcina. Jeżeli treść worka stanowi także pętla jelitowa, to ją odprowadza. W ten sposób usuwa worek, jak przy zwykłej omfalektomii całkowitej, wraz z zrośniętą zazwyczaj z nim bryłą sieci i skórą. W celu uzyskania dostatecznego materyału do przesunięcia i nakrycia sobą płatów przecina całą grubość rozcięgna po obu stronach pierścienia na długość jakich 4 ctm. w kierunkach bocznych, jeżeli cięcie owalne skóry poprowadzono poprzecznie, w kierunku pionowym zaś, jeżeli to cięcie poprowadzono w kierunku pionowym. W ten sposób wytwarza się dwa albo ponad sobą albo obok siebie leżące płaty mięśniowo-rozcięgniste, które teraz ma się przesunąć. Przy cięciu skórnem poprzecznem odsuwa się otrzewnę górnego płatu na $1\text{-}1^2/_2$ cala, przez co pomiędzy rozcięgnem a otrzewną tworzy się torebka. Otrzewnę zaszywa Mayo katgutem. Płat górny rozcięgna zaszywa nad dolnym w sposób następujący: przeprowadza mianowicie przez całą grubość obu płatów szereg szwów materacowych z silnego drutu srebrnego. Każdy szew materacowy ujmuje 2 razy, najpierw górny płat możliwie wysoko (2—4 ctm. powyżej wolnego brzegu), zaś dolny płat przy samym brzegu w postaci pętli. Każdy z szwów materacowych z osobna zakłada w ten sposób. Najpierw przebija całą grubość górnego płatu blizko miejsca, gdzie oddzielona otrzewna tworzy z nim torbę, a więc możliwie wysoko, igłą nawleczoną drutem od zewnątrz na wewnątrz, przebija następnie tą samą igłą całą grubość dolnego płatu na 7 mm. od wolnego brzegu od wewnątrz na zewnątrz, następnie w odległości kilku milimetrów od pierwszego nakłucia przeszywa drugi raz dolny płat od zewnątrz na wewnątrz, przezco tworzy się pętla, wreszcie prowadzi igłę popod górny płat i znowu przeszywa go tą samą igłą od zewnątrz na wewnątrz (pod ryciną *a b c d*). Cztery do 5 szwów podobnych zupełnie wystarcza (porównaj rysunek).

Po założeniu tych szwów naciąga się pętle, przez co dolny płat wsuwa się pod górny, w torbę, utworzoną pomiędzy otrzewną a tylną ścianą górnego płatu, wiąże się szwy odnośne i krótko ucina. Przez to górny płat na bardzo znacznej przestrzeni pokrywa dolny. Wolny brzeg górnego płatu przyszywa się szwem kuśnierskim z katgutu do przedniej pochwy mięśnia prostego i zaszywa się ranę skórną.



Operacya doszczętna przepukliny pępkowej sposobem Dr. Mayo. *P* otrzewna i rana jej zeszyta szwem kuśnierskim z katgutu; *A* górny płat mięśnioworozcięgnisty; A_1 dolny płat mięśnioworozcięgnisty. *a b c d*. sposób przeprowadzenia szwu materacowego z grubego drutu (jedwabiu) przez oba płaty; po związaniu tych szwów *x* płat górny *A* pokrywa płat dolny A_1.

Jeżeli skórę nad obrzękiem wycięto w postaci pionowo przebiegającego elipsoidu, wtedy naturalnie z rozcięgna mięśnia prostego tworzy się podobnie boczne płaty. Po zaszyciu otrzewnej w kierunku pionowym oddziela się ją z jednej strony od tylnej ściany jednego mięśnia prostego, przesuwa odpowiedni płat rozcięgnisto-mięśniowy boczny ponad drugi i ustala je w tem położeniu zapomocą podobnych szwów materacowych.

Bracia Mayo wykonali tę operacyę w 35 przypadkach; w 10 z tych przypadków tworzyli płaty boczne, w 25 przypadkach zaś wycinali ze skóry obrzęku pępkowego elipsoid poziomy i przesuwali płaty w kierunku pionowym. Tylko w jednym z tych przypadków, w którym utworzono płaty

[18]) Tenże: Further experiences with the vertical overlapping operation for the radical cure of hernia. („Journal of the American medical Association" July 25 1903, Vol 11, str. 225).

boczne, wystąpiła nieznaczna przepuklina na nowo. Tworzenie płatów jednego po nad drugim i przesuwanie ich w kierunku pionowym polecają autorowie ci jako zabieg łatwiejszy i lepszy.

Prócz Dr. Mayo sposobu tego użyli Dr. Józef Blake[19]) z Nowego Yorku i B. G. A. Moynihan[20]) z Londynu.

Blake wycinał skórę obrzęku w kierunku pionowym i tworzył płaty boczne z rozcięgna mięśnia prostego. Wyniki miał mieć bardzo dobre; do szwu materacowego użył katgutu chromowego.

Moynihan wykonał operacyę tym sposobem w 11 przypadkach, zawsze wycinając skórę poprzecznie, a przesuwając poprzecznie przecięte rozcięgno w kierunku pionowym. W 6 z tych przypadków, operowanych w roku ubiegłym i w 5 nowych nie zauważył śladów nawrotu przepukliny. Moynihan użył do szwów materacowych ścięgna kangura, poleconego przez Bulla, Phelpsa i Coleya z Nowego Yorku, jako najlepszego materyału do operacyi doszczętnych przepuklin (z fabryki Horna i Sawtella w Nowym Yorku).

Na tem miejscu muszę nadmienić, że niezależnie od Dr. Mayo Piccoli[21]) i Sapieżko[22]) (Kijów) podali metodę podobną do jego metody.

Różnica metody Piccoliego od metody Dr Mayo polega na tem, że Piccoli nie wycina ani skóry obrzęku ani brzegu pierścienia, nie wykonywa zatem omfalektomii i że nie używa do szwu materacowego pętli, tylko pojedynczych nici, przytem prowadzi cięcie pionowe, rozcięgno przecina w kierunku pionowym i przesuwa boczne płaty. Sapieżko tworzy 2 boczne płaty, zawierające nietylko samo rozcięgno, ale i otrzewnę tak, że jedna blaszka rozcięgna bywa pokrytą stroną otrzewnową drugiego płatu. Płaty te przytwierdza do siebie za pomocą kuśnierskiego szwu z jedwabiu. Przytem nie wykonywa omfalektomii.

W każdym razie muszę oddać pierwszeństwo sposobowi Dr. Mayo, ponieważ osobne zaszycie otrzewnej i zdwojenie płatów mięśniowo-rozcięgnistych zapomocą szwu materacowego wydaje mi się zabezpieczać lepiej przed powrotem przepukliny. (Dok. nast.)

III. Oceny i sprawozdania.

Kilka uwag o jaglicy.

(Sprawozdanie zbiorowe).

1. Saemisch: Die Krankheiten der Conjunctiva. Graefe-Saemisch. Handb. der gesam. Augenh. II Aufl. 1904. — 2. Łogetschnikow: Zur Frage des Trachoms, seiner Prophylaxis und Registration. Kongress russ. Ärzte in Moskau. 1902. Refer. w Klin. Monatsbl. f. Augenh. Jahrg. 40. Bd. 1. — 3. Szymanowski: Istota jaglicy. (Lekcya wstępna). Refer. Noiszewskiego w „Postępie okulist.“ Luty 1905. — 4. Peters: Bemerkungen zur Trachomfrage. „Münch. med. Woch.“ Nr. 3. 1903. — 5. Peters: Weitere Bemerkungen zur Trachomfrage. „Münch. med. Woch.“ Nr. 1. 1905.

Liczne badania nad patologią jaglicy nie zdołały do dnia dzisiejszego utrwalić jednolitego zapatrywania na zmiany anatomiczne, będące podstawą choroby. Głównym powodem różnorodności zapatrywań jest brak swoistego zarazka chorobotwórczego, któryby swojem istnieniem ściśle określił zakres chorób, dziś rozpoznawanych pod mianem jaglicy. Dotychczas bowiem uważano ziarna za istotną cechę jaglicy i nadano tej postaci nieżytu spojówki nazwę: *conjunctivis granulosa*, *Körnerkrankheit*.

Według nowszych jednak badań anatomopatologicznych ziarna jaglicze są mieszkami limfatycznymi (*Lymphfollikel*), które powstają bardzo często przy działaniu rozmaitych bodźców chemicznych, termicznych i bakteryologicznych. Niektórzy autorowie stwierdzają nawet istnienie mieszków limfatycznych w spojówce prawidłowej. Powstanie tych mieszków zależy nietyle od siły bodźca lub czasu działania, jak od jego swoistości. Grudki jaglicze (*Trachomfollikel*) posiadają tę samą budowę i sposób rozwoju, jak mieszki limfatyczne i stanowią tylko jeden z objawów, towarzyszących oddziaływaniu spojówki na nieznany nam szkodliwy czynnik.

Istotnej części sprawy jagliczej powinno się poszukiwać w schorzeniu warstwy gruczołowatej spojówki, która może wytwarzać mieszki limfatyczne, lecz ma głównie tę określoną skłonność, że prowadzi do zbliznowacenia schorzałej tkanki wraz z ziarnami w niej wytworzonemi.

Zmiany zapalne, występujące w warstwie gruczołowatej spojówki, polegają na silnem przekrwieniu i obrzęku, spowodowanym drobnokomórkowym naciekiem, a towarzyszy im nagromadzenie się komórek limfatycznych i wytworzenie ziaren, przerost brodawek i zmiany w warstwie przybłonkowej. Ziarno jaglicze po osiągnięciu pełnego rozwoju w nieokreślonym czasie ulega zmianom, które powodują jego zanikanie. Dzieje się to najczęściej przez równoczesną przemianę ziarna i jego otoczenia w tkankę bliznową, skoro treść ziarna albo zmartwiała, albo przez wessanie została wydaloną, — rzadziej zaś przez samoistne wydostanie się treści ziarna na zewnątrz.

Znamienną cechą jaglicy jest proces zabliźniania, który się odbywa w otoczeniu ziarna, w obrzękłej i nacieklej tkance gruczołowatej. Zapatrywanie to podzielają oprócz Saemischa, także inni autorowie, jak Junius, Greeff, Pick i in. Wszyscy określają jaglicę, jako „rozlane schorzenie tkanki gruczołowatej, powodujące niechybne zbliznowacenie, podczas gdy tworzenie się mieszków należy uważać, jako przypad towarzyszący. Jest on wprawdzie właściwym tej chorobie, ale mógłby również brakować, nie zmieniając w niczem przebiegu i zejścia tej choroby“.

Łogetschnikow żąda nawet, by jaglicę wykreślono z rzędu zapaleń mieszkowych. „Jest to bowiem choroba miejscowa z przebiegiem przewlekłym, odznaczająca się głębokim naciekiem tkanki gruczołowatej spojówki i bujaniem tkanki łącznej z przejściem w tkankę bliznową wraz z wszystkiemi następstwami.“ Wytworzenie się blizn działa niszcząco na zarysy spojówki, powierzchnia schorzałej spojówki wygładza się, otrzymuje barwę białawo-niebieską i traci charakter błony wydzielniczej. Znamiennem jest również przejście zmian chorobowych ze spojówki na chrząstkę. Zaburzenia, pojawiające się w chrząstce, uważano pierwotnie za zmiany natury biernej, zawisłe tylko od zabliźnienia spojówki chrząstkowej. Dopiero nowsze badania chrząstek, wyciętych we wczesnym okresie choroby, wykazały, że i w chrząstce odbywa się sprawa zapalna, podobna do zmian na spojówce, lecz dostosowana do odrębności podłoża.

Wybitne zmiany, toczące się w spojówce, dalszy przebieg i zejście grudki jagliczej, prowadzą do ścisłego odróżnienia od zapalenia mieszkowego (*conjunct. follicularis*), a zupełnie niewłaściwem jest zapatrywanie, że zapalenie mieszkowe jest poniekąd przedwstępnym okresem jaglicy.

---

[19]) „Medical Record“ Vol. I, 1901, przytoczony przez Moynihana.

[20]) B. G. A. Moynihan: The radical cure of umbilical hernia. („The Lancet“, lipiec 23 1904, str. 206).

[21]) E. Piccoli: Operacya doszczętna przepukliny pępkowej. („Centralblatt für Chirurgie“ 1900, Nr. 2).

[22]) M. K. Sapieżko: Un nouveau procédé de cure radicale des grandes hernies ombilicales avec diastase des muscles grands droits. („Revue de Chirurgie“ Tom XXI, 1900, I, str. 241 i n.).

Za jednolitem pochodzeniem jaglicy i zapalenia mieszkowego przemawiają głównie ci lekarze, w których okręgu działania jaglica ogromnie jest rozpowszechnioną (Rosya). Tak n. p. Szymanowski w Kijowie, rozpatrując objawy i przyczyny powstania jaglicy, dochodzi do wniosku, „że niema się do czynienia z chorobą jednolitą, a tylko z odczynem indywidualnym błony śluzowej oka na rozmaite podrażnienia, wyrażającym się w powstawaniu mieszków (folikułów). Jaglica więc, jako osobna choroba, nie istnieje; to tylko ciężka postać *conjunctivitis follicularis.*" Są to tak zwani unitaryści. Lecz właśnie oni nie są powołani do rozstrzygnięcia tego pytania. Słusznie bowiem Kuhnt i Greeff zauważyli, że wśród takich warunków nie można rozstrzygnąć, czy jaglica wystąpiła odrębnie, czy też następowo po zapaleniu mieszkowem. Podczas epidemii bowiem jaglica może wybierać właśnie spojówki mniej odporne, jak n. p. te, które cierpią na nieżyt lub zapalenie mieszkowe, znajdując tu podłoże już przygotowane.

Przeciw jednolitemu pojmowaniu obu tych spraw chorobowych przemawiają: 1) różnice w obrazie klinicznym i zejściu obu chorób; 2) różnice w sposobie powstania, gdyż zapalenie mieszkowe nie należy do chorób zakaźnych, a miejscowe i nagminne wystąpienie można prędzej wytłómaczyć równoczesnem działaniem czynnika szkodliwego jakiejkolwiek natury — na znaczną liczbę osobników; wreszcie 3) różnice w obrazie anatomo-patologicznym. W zapaleniu mieszkowem występują w tkance gruczołowatej spojówki mieszki limfatyczne, przyczem tkanka gruczołowata wykazuje nieznaczne tylko zmiany zapalne, których brak zupełnie przy t. zw. *folliculosis conjunctivae*. Nazwy tej używa Saemisch dla odróżnienia od zapalenia mieszkowego w tych przypadkach, w których istnieją mieszki, a brak wszelkich zmian zapalnych.

W jaglicy zaś znajdujemy proces wprost przeciwny. Tkanka gruczołowata spojówki bierze czynny współudział w procesie chorobowym, a zmiany jej stanowią istotną część jaglicy. Schorzeniu warstwy gruczołowatej może towarzyszyć powstanie ziaren, które pozostają jednak pod wpływem swoistego zapalenia spojówki, dążącego do zbliznowacenia i również ulegają przemianie bliznowej. Ten swoisty rodzaj zapalenia spojówki uniemożebnia wessanie ziaren, jak to ma miejsce w zapaleniu mieszkowem. Mieszek bowiem przy *conj. follicularis* stanowi tylko przejściowy twór, włączony do układu limfatycznego w warstwie gruczołowatej spojówki i zostaje usunięty przez wessanie; podobnie też znikają bez śladów objawy zapalne, które towarzyszyły jego powstaniu.

Rogówka i chrząstka pozostają nienaruszone.

Najistotniejszą więc różnicę obu tych stanów chorobowych znajdujemy w zachowaniu się warstwy gruczołowatej spojówki; wspólny zaś przypad — rozwój mieszków, jest podrzędnego znaczenia i tworzy nieistotny objaw towarzyszący.

Te dane przemawiają aż nadto przeciw jednolitemu pojmowaniu obu tych chorób, a że przemawiają również do przekonania większości lekarzy, dowód w tem, że liczba dualistów coraz bardziej wzrasta.

Zasadnicze to stanowisko wobec zapalenia mieszkowego i jaglicy ma nietylko naukowe, ale także wybitnie praktyczne znaczenie ze względu na rokowanie i leczenie.

Podobne poglądy o znaczeniu tkanki gruczołowatej spojówki w procesie jagliczym wypowiada **Peters**. Idzie on jednak o krok dalej. Podczas gdy Saemisch zaznacza tylko ten zmieniony sposób anatomo-patologicznego zapatrywania na sprawę jagliczą, Peters wyciąga z niego dalsze wnioski dla rozpoznania i zapobiegania.

Przewodnia myśl rozprawy Petersa jest następująca:

Coraz bardziej staje się prawdopodobnem, że grudka jaglicza jest tylko wyrazem obfitego wystąpienia tkanki gruczołowatej spojówki, będącej bezpośrednią przyczyną późniejszych procesów zabliźniania. Ponieważ jednak przyrost tkanki gruczołowatej daje się spostrzegać w zwykłych przewlekłych zapaleniach spojówki, zmuszeni jesteśmy pojęcie jaglicy rozciągnąć także na te przypadki, które nie mają wprawdzie wyraźnych mieszków, ale wykazują natomiast przyrost tkanki gruczołowatej spojówki.

Z przyjęciem tej zasady zmieniają się nasze zapatrywania rozpoznawcze. Jeśli nie ograniczymy się tylko do makroskopowego rozpoznania mieszków lub blizn, lecz poddamy wycięte skrawki spojówki badaniu mikroskopowemu, to rozszerzy się znacznie zakres przypadków, podejrzanych o jaglicę. Zapatrywanie to, uzasadnione obecnym stanem anatomii patologicznej jaglicy, ma jednak swe niedogodne strony; odstępując bowiem od dotychczasowego szematycznego pojmowania jaglicy, zmusza nas do przyjęcia postaci poronnych, które się w niczem nie odróżniają od dobrotliwych zwykłych przewlekłych nieżytów spojówki.

Podczas przebiegu nagminnego jaglicy zdarzają się bowiem często przypadki, które wobec braku mieszków można najwyżej uważać za podejrzane, które jednakże autor zaliczałby na podstawie wyniku badania mikroskopowego do postaci poronnych jaglicy.

Dla wyjaśnienia sposobu powstania tych przypadków nie wystarcza przyjęcie jednolitego bodźca chorobotwórczego; potrzeba więc dla wytłómaczenia tej różnorodności objawów wziąć do pomocy pojęcie usposobienia, skłonności do rozwoju tkanki gruczołowatej w spojówce.

Peters przytacza jeden przypadek, który zdaniem jego jest znamienny dla poparcia tego twierdzenia. Dotyczy on 29-letniej chorej z ciężką jaglicą wraz z łuszczką. Szczegółowe wywiady dały następujące wyniki: mąż pacyentki (Meklenburczyk), badany w 7 r. życia przez Zehendera, przebył zapalenie pryszczykowe spojówki i jest wraz z trojgiem dzieci, urodzonych już w Rostocku, zupełnie nieobarczony jaglicą. We wszystkich poprzednich domach mieszkalnych nie zaszedł żaden przypadek jaglicy; stanowczo było wykluczone spotkanie się z polskimi żniwiarzami lub osobami choremi na oczy. Przypadkowo jednak napomknęła chora, że ojciec miał jaglicę. Dowiedziano się, że ojciec przed 30 laty przybył z wschodnich Prus i od długiego szeregu lat ma już jaglicę w takim okresie zbliznowacenia, że o zakażeniu mowy być nie mogło. Ponadto córka od lat kilku zamężna zupełnie w domu nie była. Jak z jednej strony nie można było wykazać w tym przypadku źródła zakażenia, tak z drugiej strony jaglica chorej nie wywołała zakażenia ani u męża, ani u dzieci. W tym przypadku upatruje więc Peters jako przyczynę powstania jaglicy swoiste usposobienie, — pochodzenie wschodnio-pruskie. Za przyjęciem swoistej skłonności przemawiają także stosunki zdrowotne w reńsko westfalskim okręgu przemysłowym, gdzie nie daje się zauważyć żadna zmiana w częstości jaglicy u ludności miejscowej, mimo licznie napływającej polskiej ludności robotniczej, jaglicą zarażonej.

Co się tyczy zapobiegania, — to na podstawie przyjętego zapatrywania, że o istocie jaglicy rozstrzyga zachowanie się tkanki gruczołowatej spojówki, a nie grudka jaglicza, o zapobieganiu w ściślem słowa znaczeniu mowy być nie może. Zapobieganie, oparte na pojęciach dawnych, polegające na rewizyach szkolnych, przymusie leczenia i t. p. ma tę dodatnią stronę, że wyszukuje przypadki jaglicy i przyprowadza je do leczenia.

Uwagi powyższe rzucają nowe światło na istotę jaglicy. Jest to próba, dążąca do wytłómaczenia różnorodności obrazów chorobowych i zrozumienia sprawy jagliczej na podstawie anatomo-patologicznej, — zanim zostanie odkryty właściwy bodziec chorobotwórczy.

Dr. W. Reis.

IV. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Profesor E. Neusser (Wiedeń). **O zwolnionej i przyśpieszonej czynności serca.** (*Ausgewählte Kapitel der klinischen Symptomat. und Diagnostik.* Zeszyt 1, 1905). Zwolnienie ruchów serca pochodzić może: 1) z podrażnienia ośrodka nerwu błędnego; 2) z podrażnienia nerwu błędnego wzdłuż przebiegu aż do jego zakończeń w mięśniu sercowym; wreszcie 3) ze zmian w samem sercu; wchodzi tu mianowicie w rachubę: *a*) zmniejszenie automatycznej pobudliwości mięśnia sercowego skutkiem znużenia i wyczerpania, lub skutkiem wpływów toksycznych; *b*) zmniejszenie przewodnictwa w samym mięśniu sercowym przy niedostatecznem jego odżywieniu, również najczęściej skutkiem działania trucizn; wreszcie *c*) zmniejszenie kurczliwości mięśnia sercowego skutkiem zmian anatomicznych (zapalenie mięśnia sercowego, stłuszczenie serca, zwapnienie tętnic wieńcowych, zwyrodnienie pod wpływem rozmaitych jadów). Jak to Dehio wykazał, istnieje zasadnicza różnica między zwolnieniem czynności serca, powstałem z przyczyn pod 1 i 2 wymienionych, — a zwolnieniem, mającem podstawę w zmianach samego mięśnia sercowego, zwłaszcza w utracie jego kurczliwości: pierwsza ustępuje pod wpływem działania atropiny, porażającej zakończenia nerwu błędnego; na drugą atropina wcale nie działa.

Doświadczenie zdobyte przy łóżku chorego poucza i stwierdza, że jedną z najczęstszych przyczyn zwolnienia ruchów serca stanowi obszerny dział rozmaitych trucizn, jak: przewlekłe zatrucie nikotyną, ołowiem, naparstnicą, strofantusem, ezeryną, muskaryną, kwasem pikrynowym, solami potasowemi, kiełbasami (botulismus), lub fosforem. Podobnie jak wprowadzone z zewnątrz do ustroju trucizny, mogą działać także rozmaite samozatrucia, jak to ma miejsce w żółtaczce, mocznicy, acetonuryi i diaceturyi; tutaj wreszcie należy zwolnienie ruchów serca, występujące w okresie zdrowienia po różnych ostrych chorobach zakaźnych. W krótkiem streszczeniu trudno wymienić olbrzymią ilość faktów i spostrzeżeń klinicznych, opartych przeważnie na własnej bardzo gruntownej obserwacyi; autor przy każdym z osobna rodzaju, opierając się wszędzie na ścisłych danych, zdobytych doświadczeniami na zwierzętach, tłómaczy nadzwyczaj jasno i treściwie sposób i drogi, jakiemi zwolnienie czynności serca przychodzi do skutku; wyjaśnia jej znaczenie i podaje bardzo cenne wskazówki co do rozpoznawania i rokowania. Również szczegółowo omawia autor zmiany samego mięśnia sercowego (m. in. chorobę Stokes-Adamsa) i bliższe przyczyny, warunkujące powstawanie zwolnienia czynności serca w przebiegu tychże schorzeń. Najznaczniejsze zwolnienie tętna — do 16 uderzeń na minutę — spotyka się przy zakrzepach i zatorach tętnic wieńcowych.

Drogą podrażnienia ośrodka nerwu błędnego powstaje zwolnienie ruchów serca w najrozmaitszych schorzeniach mózgu i opon mózgowych, n. p. wstrząśnieniu, guzach, krwotokach (t. zw. *pulsus cephalicus* dawnych lekarzy); zapalenie opon gruźlicze wywołuje częściej zwolnienie tętna, aniżeli zapalenie opon nagminne. Powoli rosnące guzy mózgu mogą nie wywoływać zwolnienia, gdyż ośrodek nerwu błędnego przystosowuje się do stopniowo zwiększającego się ciśnienia śródczaszkowego. Podrażnieniem nerwu błędnego wzdłuż jego przebiegu tłómaczymy powstawanie zwolnienia ruchów serca przy guzach i nowotworach śródpiersia, rakach przełyku. Odruchowo w obrębie i na drodze nerwu błędnego powstaje zwolnienie tętna w przebiegu wrzodu i raka żołądka, w rozszerzeniu żołądka, przy czerwiach, skutkiem podrażnienia nerwu krtaniowego, n. p. przy wziernikowaniu, tracheotomii i t. d., w chorobach ucha (gałązka uszna n. błędnego); zwolnienie tętna, występujące w kolce żółciowej, może, zwłaszcza tam, gdzie silne bole rozpromieniają się w okolicę serca i lewej kończyny górnej, — naprowadzić błędnie na myśl o dusznicy bolesnej. Kolce jelitowej, z jakichkolwiekbądź powodów powstałej, towarzyszy zazwyczaj zwolnienie tętna, podczas gdy przy zajęciu i bolach, pochodzących z otrzewnej, spotykamy z reguły przyspieszenie tętna. W końcu zwolnienie ruchów serca nastąpić może odruchowo wskutek podrażnienia jakichkolwiek, nawet odległych nerwów czuciowych na obwodzie, n. p. przy nerwobolu n. trójdzielnego, kulszowego, zapaleniu najądrza (*epididymitis*), przy znacznem przepełnieniu pęcherza. W każdym pojedynczym przypadku powinien lekarz przyczynę istniejącego zwolnienia tętna bliżej określić ściśle i od niego uczynić zależnem zarówno swe rokowanie, jak i leczenie.

II. Przyśpieszenie czynności serca. Po omówieniu osobniczych różnic w liczbie tętna, leżących w granicach fizyologicznych, a zależnych od wieku, oddechów (n. p. Valsalvy), przyjęcia pokarmów, wysiłków fizycznych i umysłowych, ciąży, porodu, karmienia, wreszcie wpływu woli, przechodzi autor do wyliczenia przyczyn patologicznego przyśpieszenia czynności serca. Należą tu przedewszystkiem choroby zakaźne; nie we wszystkich przyśpieszona czynność serca idzie w parze z wysokością gorączki, — jak to dawniej utrzymywano, — zależnie od przyrody samego zakażenia, od ilości jadów krążących, od odporności i zasobu sił chorego, a w szczególności od stanu, w jakim się narząd krążenia znajduje. Podczas gdy w przebiegu niepowikłanego duru brzusznego spotykamy tętno zazwyczaj niezwykle wolne, to w przebiegu grypy, a nawet po jej ustąpieniu, przeciwnie, jest ono zbyt szybkie — w stosunku do wysokości gorączki. Jad błonicy, grypy, działa zgubnie na sam mięsień sercowy, jakoteż i na ośrodki, regulujące czynność serca, czego następstwem może być między innymi objawami osłabienia serca, spotykanymi w przebiegu tychże chorób, — także i przyśpieszenie tętna. W zapaleniu płuc szybkość tętna i jego stosunek do liczby oddechów zależy od stanu serca, od rozmiarów ogniska zapalnego, ewentualnych powikłań, od nasilenia samego zakażenia, ilości i jakości wytwarzanych jadów. W gruźlicy prosówkowej, jakoteż w jakiemkolwiek zakażeniu łańcuszkowcami, — w przeciwieństwie do zakażenia gronkowcami, — przydarzają się najwyższe wzniesienia liczby tętna. W przebiegu bezgorączkowym gruźlicy płuc (n. p. u cierpiących na moczówkę), znacznie przyśpieszone tętno każe źle rokować, bo dowodzi rozszerzania się sprawy gruźliczej, albo zaniku i zwyrodnienia serca, albo ucisku n. błędnego przez zserowaciałe gruczoły; być może, że substancya, którą Bouchard wyodrębnił z tuberkuliny, a która posiada własność rozszerzania naczyń na obwodzie i obniżania ciśnienia krwi, przyczynia się tym sposobem także do przyśpieszenia tętna.

Cały szereg zatruć — ostrych i przewlekłych — wywołuje mniej lub więcej znaczne przyśpieszenie tętna; tutaj należy w pierwszym rzędzie atropina (działająca przez porażenie zakończeń nerwu błędnego), nitrogliceryna, azotyn amylowy, naparstnica (w okresie działania zbiorowego), makowiec, kokaina; spotykamy dalej przyśpieszenie tętna przy nadużywaniu kawy, herbaty, alkoholu, tytoniu, wreszcie w śpiączce cukrzycowej.

Wśród chorób narządu krążenia występuje przyśpieszenie czynności serca ostre w rozszerzeniu serca po wysiłkach fizycznych, w ostrem i przewlekłem zapaleniu mięśnia sercowego, w miażdżycy tętnic serca, zwłaszcza wieńcowych, w wadach zastawkowych. G. Sée zwraca uwagę na przerost serca z przyśpieszeniem tętna w okresie pokwitania (*hypertrophie de croissance*).

Rozliczne mogą być przyczyny, wywołujące przyśpieszenie czynności serca drogą porażenia ośrodka n. błędnego (ewentualnie po poprzednim okresie jego podrażnienia); tak więc spotykamy się z przyśpieszonem tętnem w końcowych okresach zapalenia opon mózgowych, w wodogłowiu, przy guzach mózgu, zwłaszcza na dnie 4-tej komory, lub usadowionych w móżdżku, w porażeniu opuszkowem, w krwotokach, zatorach i zakrzepach rdzenia przedłużonego, dalej w przebiegu porażenia Landryego, w zapaleniu substancyi starej mózgu (polioencephalitis anterior), w *sclerosis lat amyotr.*, *sclerosis dissem.*, w wiądzie, w syringomyelii.

Ucisk i uszkodzenie anatomiczne n. błędnego (przez rozmaite ropnie, tętniaki, powiększone gruczoły chłonne, n. p. w krztuścu, rakach, gruźlicy), jakoteż zwyrodnienia i zmiany zapalne n. błędnego (n. p. w przebiegu chorób zakaźnych, zatruć, skutkiem sąsiedztwa z zapalnie zmienioną opłucną i wewnętrzną warstwą osierdzia, z zapalnie zmienionym gruczołem chłonnym) wywołują również przyśpieszenie czynności serca.

Objawowo występuje przyśpieszenie tętna w charłactwie gruźliczem, rakowem, w skrobiawicy, w niedokrwistości postępowej, w złośliwej białaczce. W błednicy, zwłaszcza u osób nerwowych, tętno bardzo łatwo po najmniejszym wysiłku i wzruszeniu podnosi się szybko w górę, spadając jednak z powrotem do granic prawidłowych we śnie, podczas gdy n. p. w początkach choroby Basedowa, kiedy przyśpieszenie czynności serca jest jedynym jej objawom, trwa ono stale nawet podczas spoczynku i nie znika we śnie.

Przyśpieszoną czynność serca spotykamy przy rozmaitych nerwicach i psychozach, w okresie przekwitania, wreszcie stanowi ona samodzielną nerwicę ośrodków regulujących w rdzeniu przedłużonym, — t. zw. *tachycardia paroxysmalis*, — której etyologia nie jest nam zupełnie znaną, a której najważniejszą cechą jest występowanie nagłe w napadach trwających kilka godzin, tygodni, a nawet miesięcy, podczas czego liczba tętna dochodzić może do 200—300 uderzeń na minutę, a parcie krwi znacznie się zmniejsza.

Wilczyński.

Sick. **Znaczenie rozpoznawcze wymiotów krwawych w zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (*Deutsches Archiv f. klin. Med.*, T., 82, Z. 3, i 4, 1905). U chorego, którego autor obserwował w klinice prof. Krehla z powodu ostrego zapalenia wy-

rostka robaczkowego, występowały w przebiegu choroby obfite wymioty krwawe. Wśród wątpliwości rozpoznawczych z jego powodu i wahania, z czem się ma do czynienia: z zapaleniem wyrostka, czy z wrzodem przebijającym ściany żołądka, stan chorego szybko się pogarszał, dołączyły się objawy zapalenia otrzewnej i ropnia podprzeponowego; 11-go dnia nastąpiło zejście śmiertelne. Sekcya stwierdziła zapalenie i zgorzel wyrostka robaczkowego z następowem przedziurawieniem, oraz zapalenie otrzewnej; żołądek okazywał kilka świeżych owrzodzeń, ograniczonych do samej błony śluzowej, a nadto wiele drobnych wybroczyn (*per diapedesin*) i podbiegnięć. Na podstawie powyższego przypadku i wszystkich podobnych, zebranych z piśmiennictwa (pierwszy przypadek opisał w 1901 Dieulafoy) zastanawia się autor, jaki być może związek przyczynowy między zapaleniem wyrostka robaczkowego, a krwotokami żołądka. Wspólnie z Nietschem przypuszcza, że powstające w zapaleniu otrzewnej jady (toksyny) sprowadzają w ustroju nieznaczne zmiany naczyniowe i miejscowe ogniska martwicze, które jednak tylko w obrębie błony śluzowej żołądka nabierają większego znaczenia, gdyż pod wpływem żrącego i trawiącego działania soku żołądkowego wytworzyć się z nich mogą typowe nadżerki, względnie wrzody żołądka zupełnie analogicznie, jak w niektórych stanach chorobowych, związanych z pewnemi zmianami we krwi (skazy krwotoczne, mocznica, żółcica, oparzenia, rozmaite otrucia).

Wilczyński.

CHIRURGIA. Dr. L. Szuman (Toruń). **O guzach twardych nacieklych zapalnych, występujących wskutek próchnicy zębów mądrości, lub wskutek zachorzeń dziąsła.** (*Przegląd dentystyczny*, Z. 1 i 2, 1905 r.). Prócz ostrego i podostrego zapalenia okostnej, występującego wskutek próchnicy zęba, lub innego zakażenia w jamie ustnej i nie zawsze przechodzącego w widoczne ropienie, pojawia się jeszcze jedna postać zapalenia okołoszczękowego. Na nią właśnie zwraca uwagę Dr. Szuman. Występuje ona dość rzadko i charakteryzuje się twardym naciekiem zapalnym, mniej lub więcej rozlanym, deskowatym, do nowotworowego podobnym, bardzo mało bolesnym, który dopiero po 5—6 tygodniach, lub później, przechodzi w ogniskowe ropienie. Wtedy wzmaga się bolesność i występuje gorączka miernego stopnia. Skóra nad naciekiem jest stwardniała, nieprzesuwalna i mało zaczerwieniona, nieco sinawa. Przyczyną tego naciekowego zapalenia podostrego bywa, pomijając promienicę szczęki dolnej, owrzodzenie dziąsła w okolicy dolnego zęba mądrości, połączone z jego próchnicą, lub i bez niej. Często bowiem, jak to autor spostrzegał w odnośnych przypadkach, występuje ten rodzaj zapalenia, pomijając próchnicę zębów, w czasie wyrzynania się zębów mądrości, gdzie n. p. ząb mądrości zdrowy jeszcze się nie przebił przez dziąsło. Dziąsło nad nim ulegało uciskowi górnego zęba mądrości, nawet prawidłowego i w ten sposób powstawało owrzodzenie, co dało właśnie powód do tego rodzaju zapalenia, któremu zwykle towarzyszy mniejszego lub większego stopnia szczękościsk. Leczenie polega na usunięciu przyczyny choroby, a zatem wyrwaniu odpowiedniego zęba, czasem nawet zdrowego, nad którym dziąsło owrzodziałe, a on jeszcze ukryty w niem; następnie na wyskrobaniu ostrą łyżeczką ognisk ropnych, wytamponowaniu z jednej strony, a z drugiej wysączkowaniu ich ku dołowi. *Dr. Ad. Kozaczka.*

Peiser. **W sprawie patologii zapalenia otrzewnej, z dodatkiem: działanie adrenaliny w jamie brzusznej.** (*Beiträge zur klin. Chir.*, 1905). Wegner wykazał wielką zdolność resorbcyjną otrzewnej, która potrafi wessać w ciągu godziny 3 do 8% ogólnej wagi ciała. Otrzewna wsysa nietylko płyny, lecz i drobnoustroje w nich zawieszone. Utrudniona resorbcya bakteryi wpływa pomyślnie na rozwijanie się zapalenia otrzewnej, a na odwrót, przy silnej wessalności bakterye dostają się bardzo szybko do krwi. Autor badał bakteryologicznie krew w zakażeniu otrzewnej i starał się wykazać drogi, któremi drobnoustroje z otrzewnej się wydostają. Doświadczenia robił na królikach i zakażał je prątkiem okrężnicowym i paciorkowcami. Przy zakażeniu 2 ctm. hodowli 48-godzinnej prątka okrężnicowego, wyhodowanego z kału, już w 10 minut wykazać można było we krwi tętnicy dogłowowej liczne drobnoustroje. Ilość ich malała potem stopniowo. Przy zakażeniu mniejszą ilością (0,5 ctm.) *maximum* ilości drobnoustrojów dosięga dopiero na drugi dzień. Zmniejszania się ilości drobnoustrojów we krwi nie należy odnosić do zatkania dróg odprowadzających z jamy otrzewnowej, lecz tylko do zwolnienia wessalności otrzewnowej. To zwolnienie polega na rozszerzeniu zapalnem naczyń włosowatych, a zwężenia naczyń tętniczych i żylnych. Zwierzęta zakażone połową śmiertelnej dawki w otrzewnę, a w godzinę potem drugą połową do krwi, giną ogromnie szybko. W zwolnieniu tej wessalności otrzewnej znajdziemy może środek leczniczy w zapaleniu tej błony. Przy zwolnionej resorbcyi gromadzą się licznie leukocyty w jamie brzusznej i tworzy się ropa. Inaczej jest, gdy tego zwolnienia niema; wtedy występuje posokowate zapalenie otrzewnej, zatrucie otrzewnowe. Środkiem wybitnie zwalniającym wessanie z otrzewnej jest adrenalina: 1 ctm.³ roztworu rciny: 1: 400 jest dawką śmiertelną dla królika. Otóż króliki, uodpornione przedtem na kwandrans zapomocą 0,4 ctm. kupnego roztworu adrenaliny, znosiły po części to zatrucie i kilka utrzymał autor przy życiu. Exner potwierdził doświadczenia autora, dowodząc, że trucizny, wprowadzane przez usta, działają wolniej i słabiej przy śródotrzewnowych wstrzykiwaniach adrenaliny. *Dr. A. Klęsk.*

Karewski. **O wzajemnym stosunku cukrzycy do zabiegów chirurgicznych.** (*Berliner klin. Wochenschrift*, Nr. 10 do 12, 1905). Autor na mocy swego rozległego doświadczenia omawia szczegółowo stosunek cukrzycy do zabiegów chirurgicznych. Jak z jednej strony postępowanie bezgnilne zmniejszyło znacznie niebezpieczeństwo operacyi w tych przypadkach, o tyle z drugiej strony wiele jeszcze jest bardzo poważnych powikłań. Należy do nich głównie dwa, t. j. zakażenie i śpiączka cukrzycza. Zakażenie ułatwia obecność cukru w ustroju, jak to wykazał Bujwid dla lańcuszkowca złocistego. Osobniki z cukrzycą powinny mieć przedewszystkiem siły do operacyi, nie jest więc autor za dyetą, sprowadzającą zmniejszenie cukru, poszczeniem i t. d. Operować powinno się wczas rano, przed i po operacyi podawać przetwory alkaliczne w dużej ilości i osobniki, cierpiące na cukrzycę, dobrze odżywiać. Unikać należy uśpienia, szczególnie chloroformem, podobnie znieczulenia metodą Schleicha (wywołuje dość często u osobników cierpiących na cukrzycę zgorzel): najlepiej znieczulać wprost pnie nerwowe. Nie wolno zaciskać kończyn opaską Esmarcha, wystarcza adrenalina. Zgubnie działa na cierpiących na cukrzycę podniecenie nerwowe z powodu operacyi, wielkie utraty krwi, leżenie w łóżku i brak świeżego powietrza. Rany powinny być gładkie bez zaułków i płatów, szwy należy zakładać w wielkich odstępach, często lepiej zupełnie nie szyć (n. p. po amputacyi), lub szyć następowo. Owrzodzianki i karbunkuły należy wycinać, a nie przecinać. Ropówki otwierać szeroko z poświęceniem nieraz mięśni i ścięgien. Amputacye trzeba robić wysoko, n. p. przy zgorzeli podudzia w dole odjąć trzeba kończynę w udzie, przyczem nie powinno się używać skomplikowanych metod, lecz jak najprostsze. Operować trzeba i należy tylko ze wskazania życiowego, unikać też powinno się n. p. wszystkich operacyi kosmetycznych. Zabiegi powinny być jak najdogodniejsze, n. p. przy przepuklinach uwięzniętych z zasady trzeba zakładać rzyć sztuczną. Jelito ulega bardzo szybko u cierpiących na cukrzycę przy uwięznięciu zgorzeli, nie wolno też robić odprowadzenia, a raczej w każdym przypadku uwięznięcia trzeba badać najpierw mocz. *Dr. A. Klęsk.*

Dr. Klapp. **Nowy sposób operacyi wodniaka jądra.** (*Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, 1904, Z. 4, 5, i 4). Autor z powodu 2 nawrotów, operowanych sposobem Winkelmanna, pracował nad wynalezieniem nowego sposobu, któryby nie miał wad metody Bergmanna (następowe krwiaki), ani Winkelmanna. U jednego z pacyentów, operowanego tym ostatnim sposobem, znaleziono przy operacyi nagromadzenie się płynu, tak po stronie zewnętrznej, jak i wewnętrznej obróconej torebki. Między obu płynami była komunikacya przez otwór, przez który wywinięto jądro. Sposób autora polega na tem, że robi on małe cięcie, unikając przytem naczyń. Po wypuszczeniu płynu wypukla się torebkę i fałduje się szwami jedwabnymi osłonę pochwową w odległości 2 ctm. od siebie. Przez to fałdowanie przylegają do siebie powierzchnie surowicze, krwiaki się nie tworzą, operacya trwa krótko i da się wykonać ambulatoryjnie. Sfałdowana torebka tworzy z początku guz w worku mosznowym, ta znika jednak i autor po roku nie widział już różnicy w obu połowach moszny. *Dr. Klęsk.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Jacquet i Rondeau (Paryż). **Mazidło skórne** (*vernix caseosa*), **dziedziczność łojotoku i trądzik płodów.** (*Annal d. derm. et syph.*, 1905, 1). Powszechnie przyjęto twierdzenie, że płód przy urodzeniu pokryty jest warstwą łoju, która ma za zadanie osłaniać skórę przed działaniem wód płodowych. Dla stwierdzenia tego szczegółu autorowie badali w tym kierunku 287 noworodków i stwierdzili tylko w 41% dużo mazidła, w reszcie przypadków albo bardzo mało, albo zupełny jego brak. Te spostrzeżenia zatem musiały zachwiać poprzednie zdanie, że mazidło u płodów ma stałe przeznaczenie. O ile jednak jest niestałe, choćby tylko co do ilości, o tyle rozłożone jest zawsze wedle pewnego szematu. Najwięcej pokryta jest okolica kręgosłupa wzdłuż grzbietu, karku, uszy, pachy i pachwiny, mniej zewnętrzna strona kończyn, narząd płciowy, stopy i dłonie, czoło i twarz, a najmniej wewnętrzna strona kończyn i przednia powierzchnia tułowia. Maź powstaje około 5—6 mies. życia płodowego, o spojności różnej, od serowatej do oleistej. U niektórych

płodów występuje jednak prócz tego trądzik (*acne sebaceum*) na twarzy, z której wycisnąć można podobnie, jak w łojotoku, czopy łojowe, leżące w ujściach torebek włosowych. Zmiany te wytłómaczyć można tylko nadmierną czynnością gruczołów łojowych. Wywiady zaś wykazały, że trądzik taki powstaje często u płodów matek, cierpiących na łojotok, i u tych rodziców w ogóle, którzy cierpią na jakieś zboczenia ogólne. Na mocy tych spostrzeżeń stwierdzają autorowie, że maź płodowa jest następstwem łojotoku (*kératoseborrhée*) ostrego, powstałego skutkiem patologicznego podrażnienia plazmy rozrodczej, a ustalonego w skórze przez jej zadrażnienie. Dalej widzi się u płodu podobnie, jak w okresie dojrzewania, pewien związek między czynnością gruczołów narządu płciowego, a gruczołów łojowych. Z końcem 4-go miesiąca życia płodowego zaczyna się wyróżniać narząd płciowy, dalej spostrzega się, że macica noworodków bywa przekrwiona, gruczoł krokowy powiększony, jądro obrzęka, gruczoł mleczny powiększa się, a nawet wydzielać się może siara. Wszystkie te objawy dowodziłyby, że płód przechodzi w łonie matki jakby okres dojrzewania płciowego *en miniature*, wśród którego powstawać może, podobnie, jak u dorosłych, łojotok, trądzik, zaskórniki i t. p. Spostrzeżenia te zatem dowodziłyby wbrew teoryi Sabouranda o zakaźności łojotoku, że tenże jest sprawą wrodzoną, która u płodu powoduje powstanie mazidła na skórze, a w okresie dojrzewania różne postacie, tak dobrze znane dermatologom.

Krzyształowicz.

Vörner. **Przyczynek do leczenia żylakowego wrzodu przedudzia.** (*Münchener med. Wochenschrift*, 1905, Nr. 9). Leczenie żylaków i żylakowych wrzodów przedudzia ma za zadanie przedewszystkiem poprawić krążenie w chorych kończynach. W tym celu autor zastosował ucisk kończyny zapomocą dwóch cienkich elastycznych opasek, które poleca zakładać, począwszy od palców stopy, pokrywając pierwszą opaskę drugą, końce zaś wolne opasek przytwierdza przylepcem. Opaski, w ten sposób założone, nie zesuwając się, wywierają jednostajny ucisk, a z powodu swej cienkości pozwalają na wygodne noszenie obuwia. Do stałych opatrunków uciskających używa autor kleju, składającego się z $^{1}/_{2}$% liposoku tragankowego (*tragacantha*), z 5% gliceryny, 10% żelatyny i 5% kwasu borowego, jakoteż boraksu. Przy zakładaniu takiego opatrunku postępuje się w następujący sposób: po dokładnem obmyciu i osuszeniu kończyny i zasypaniu owrzodzeń odpowiednią posypką, pociąga całą kończynę klejem, ogrzanym do 30% lub 40% i nakłada pierwszą opaskę, którą powleka drugą warstwą kleju, poczem zakłada drugą opaskę. Zapomocą tych opatrunków, których wielką zaletą jest nizka cena, osiągnął autor bardzo pomyślne wyniki. *Dr. Stopczański.*

Prof. E. Finger. **Leczenie zapobiegawcze i poronne rzeżączki.** (*Deut. med. Wochs.*, 1905, Nr. 7). Po krótkim wstępie historycznym roztrząsa autor krytycznie zasady, na których opierają się obie metody leczenia rzeżączki. Podczas gdy celem leczniczym poronnego jest jak najszybsze oczyszczenie zakażonej błony śluzowej cewki z dwoinek Neissera i to w ten sposób, że używany środek odkażający działa zabójczo na wszystkie drobnoustroje, gdzieby się one nie ukrywały, zadanie leczenia zapobiegawczego jest podobne, stosuje się je jednakowoż na ślepo, nie wyczekując żadnych objawów klinicznych, występujących po podejrzanem spółkowaniu. Zadania tego częstokroć nie osiąga się; anatomiczne badania bowiem wykazały, że w czasie, kiedy leczenie poronne rozpoczyna się, dwoinki usadawiają się nietylko w powierzchownej warstwie błony cewki, jako pasorzyt nabłonkowy (*Epithelparasit*), ale dostają się także pod warstwę nabłonkową do tkanki łącznej i tam bujają spokojnie; środek odkażający albo wcale nie ma tam przystępu, albo tylko częściowo. Zatem rozmaite metody leczenia zapobiegawczego mogą tylko wtedy mieć praktyczne zastosowanie, kiedy jeszcze gonokoki znachodzą się na ograniczonej przestrzeni i to wyłącznie na samej powierzchni tak, że jednym silnym zabiegiem można wszystkie usunąć. Choć z jednej strony przyznać należy, że taki okres niezawodnie towarzyszy każdej rzeżączce, lecz bywa on tak krótki i przemija tak niespostrzeżenie, że lekarz bardzo rzadko tylko ma sposobność udzielenia pomocy chorym, w powyższym okresie znajdującym się. Zwolennicy tego rodzaju leczenia, do których F. się nie zalicza, stosują środki działające bądź mechanicznie, (jak wyskrobanie nabłonka podejrzanego), bądź też wstrzykiwanie przetworów żrących (protargol, albargina, largina i t. p.); jedne i drugie powodują jednak mniejsze lub większe uszkodzenia tkanek i dlatego nawet stronnicy tej metody przyznają, że skutek dodatni daje się wykazać tylko w 40—60% wszystkich przypadków i to dopiero po kilku tygodniach. Autor sam, jak i Jadassohn, po rozczarowaniu, jakie jego spotkało, leczy obecnie wszystkich chorych systematycznie, podnosząc, że w lekkich przypadkach, t. j. przy wyżej wzmiankowanych korzystnych stosunkach zewnętrznych i systematycznem leczeniem dochodzi bardzo szybko do celu. Autor zatem stosuje od pierwszego dnia stwierdzonej choroby miejscowo leczenie pod formą wstrzykiwań płynów nie drażniących przeciwgnilnych; odsetek leku, zawartego w płynie, jest tem większy, im mniejsze są objawy zapalne; w takich wdzięcznych, bo lekkich przypadkach, mógł po 3—4 tygodniach uważać chorego za wyleczonego; nierównie dłużej trwają zabiegi lecznicze tam, gdzie od samego początku objawy rzeżączki są ostre. Poddając krytyce przedmiotowej usiłowania, mające na celu zapobieganie zarażeniu się rzeżączką, zarzuca wszystkim środkom, używanym w tym celu, mniejszą lub większą szkodliwość; doświadczenie bowiem wykazało, iż stosując po każdym stosunku płciowym roztwór wysoko — wartościowy (5—20%) odpowiedniego leku (protargolu, argoniny i t. p.), tem samem wywołuje się objawy nieżytowe w cewce, nieraz nawet znacznego stopnia, tem przykrzejsze dla chorego, iż w stosunkowo krótkim czasie po ponownem stosowaniu takiego środka zapobiegawczego przypadłości te znów wystąpią. Zatem błona śluzowa cewki dotknięta będzie prawie przewlecznie sztucznie wywoływanym nieżytem; cóż dziwnego, że na takiej błonie, mniej odpornej, usadawiać się będą koki Neissera, a z nimi pojawiają się zwiastuny prawdziwej rzeżączki, zazwyczaj zapoznanej, gdyż chory uważa swój stan za dalszy ciąg nieżytu; następstwem logicznem w tych przypadkach bywa to, iż właściwe leczenie swoiste zapóźno się rozpoczyna. Z tych to powodów F. nie poleca zasadniczo leczenia zapobiegawczego. *Korm.*

Hecht. **Leczenie chorób skórnych keraminą.** (*Med. chirurg. Centralblatt*, Nr. 9). Keramina jest pastą mydlaną i zawiera mieszaninę ługu sodowego, potasowego, balsamu peruwiańskiego, olejku goździkowego i cynamonowego. Działanie tego środka odpowiada zupełnie jego składowi, a więc jako mydło tworzy chemiczne połączenie ze schorzałemi komórkami, rozpuszcza częściowo i przemienia je w zawiesinę wraz z produktami chorobowymi tych komórek i oddziela je w ten sposób od zdrowego podłoża. Nie zawierając zaś wolnego ługu, nie nadżera zdrowej skóry, która pod wpływem keraminy staje się gładką i miękką. Z wodą tworzy keramina pianę, która na skórze szybko zasycha, tworząc równą, nieklejącą się powłokę. Autor stosował keraminę z bardzo pomyślnym wynikiem przy odparzeniach, liszajach, zaskórnikach, świerzbiączce sromu i wypryskach. Przy leczeniu wyprysków ostrych i przewlekłych i innych cierpień skórnych, połączonych ze swędzeniem, autor nie mógł się ograniczyć jedynie tylko do tego środka, ale po uśmierzeniu świądu przy pomocy keraminy, leczenie następowe innymi środkami było znacznie szybsze i łatwiejsze. *Dr. Stopczański.*

Galewski. **O rozpuszczalnym kalomelolu.** (*Münchener med. Wochenschrift*, 1905, Nr. 11). Autor od dwóch lat posługiwał się w leczeniu kiły kalomelolem, który jest szaro-białym proszkiem bez smaku i woni, nierozpuszczalnym w wyskoku, eterze i benzolu, rozpuszczalnym w zimnej wodzie w płyn mleczny w stosunku 1:50. Działania trującego kalomelol nie posiada w przeciwieństwie do zwykłego kalomelu, przy którym to działanie występuje w następstwie wydzielania się wolnego sublimatu. Bardzo dogodną w użyciu, nie brudzącą bielizny, a dającą się dobrze wcierać, jest maść kalomelolowa (jako *unguentum Heyden mitius*), zawierająca 30% rtęci. Autor u 50 chorych stosował wcierania maści kalomelolowej, a w czterech przypadkach spostrzegał objawy zapalne w jamie ustnej, jako dowód, że maść kalomelolowa wydziela dostateczną ilość rtęci. Wstrzykiwań roztworów kalomelolu nie stosował autor ze względu na wielką bolesność i znaczne nacieki, które po takich wstrzykiwaniach powstają. Natomiast podawał autor do wewnętrznego użycia tabletki, zawierające 0·01 kamelolu z dodatkiem 0·006 makowca. Na podstawie swych doświadczeń sądzi autor, że wcierania maści kalomelolowej można stosować z dobrym skutkiem w przypadkach, gdzie nie potrzeba gwałtownego działania rtęci, zwłaszcza u osób, u których szara maść wywołuje silne podrażnienie skóry.

Dr. Stopczański.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. R. Fischl. **Badania doświadczalne nad znaczeniem wycięcia grasicy u zwierząt młodych.** (*Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther.*, Bd. I, Heft II). Doświadczenia, wykonane na młodych zwierzętach, a mianowicie na 8 kozach, 6 psach i 25 królikach, doprowadziły autora do wniosku, iż wycięcie grasicy u wspomnianych wyżej zwierząt niema żadnych złych skutków dla zdrowia. Autor nie zauważył u zwierząt, pozbawionych grasicy, ani upośledzenia we wzroście, ani zboczeń w rozwoju kośćca, przypominających krzywicę, ani zaburzeń odżywczych, ani też dłużej, niż u zwierząt prawidłowych, trwającego zrastania się sztucznie wywołanych złamań kości. *A. Wrzosek.*

Lina Luzzani. **Przyczynek do rozpoznawania wścieklizny.** (*Zeitschrift f. Hygiene und Infektionskrankheiten*, Bd. 49, Heft 2, 1905). Autor stara się rozstrzygnąć, czy metoda histologiczna może zastąpić metodę biologiczną w rozpoznawaniu wścieklizny u podejrzanych o nią zwierząt. — W badaniu histologicznem

postępuje w następujący sposób: Wycina małe kawałeczki tkanki mózgowej z rogu Ammona i z móżdżku, ustala je w płynie Zenkera (*Sublimat. 5,00 Kal. bichrom. 2,50, Natrii sulf. 1,00, Acidi acetici 5,00 Aquae dest. 100,00*). Po ustaleniu wypłókuje kawałeczki w wodzie zwyczajnej przez kilka minut i albo robi tymczasowe preparaty, które w większej liczbie przypadków wystarczają, i to w ten sposób, że z powierzchni kawałeczków zeskrobuje miazgę, którą bada w kropli wody lub rozcieńczonego alkoholu, bądź też, gdy te preparaty nie wystarczą, — zatapia kawałeczki, a skrawki z nich otrzymane barwi metodą Manna. — Autor znajdował, podobnie jak i inni autorowie, ciałka Negriego najobficiej w tkance z rogu Ammona, a także móżdżku, i zwraca uwagę na jeden szczegół ważny celem uniknięcia błędów rozpoznawczych, a mianowicie, że w komórkach nerwowych tkanki mózgowej z rogu Ammona ze zdrowych kotów można spotykać ciałka, podobne do małych ciałek Negriego i dlatego badanie kotów wtedy można uważać za badanie z wynikiem dodatnim, gdy się znajdzie duże ciałka Negriego, (zupełnie rozwinięte, jak się autor wyraża, uważając je w myśl Negriego za pasorzyty natury zwierzęcej). Autor zbadał 179 przypadków, dotyczących różnych gatunków zwierząt: w 107 stwierdził wściekliznę, a z nich tylko w 102 stwierdził obecność ciałek Negriego, w 5-ciu ciałek tych nie znalazł, mimo że próba biologiczna wypadła dodatnio. Obok tego zestawia autor statystykę przypadków wszystkich autorów, którzy dotychczas w podobny sposób i w podobnym celu badania przeprowadzali. Otóż ogółem zbadano (Negri, Volpino, D'Amato, Daddi, Luzzani i Macchi, Luzzani) 457 przypadków; w 288 stwierdzono wściekliznę, a z tej liczby tylko w 9 przypadkach nie znaleziono ciałek Negriego, pomimo że próba biologiczna dała wynik dodatni. Jeżeli się do tej liczby doda przypadki Abby i Bormansa, których autor nie uwzględnił jeszcze, rzecz przedstawi się w sposób następujący: Ogółem zbadano 550 przypadków, z tego w 348 stwierdzono wściekliznę, w 11 z nich nie stwierdzono ciałek Negriego, mimo że metoda biologiczna dała wynik dodatni. Obecność ciałek Negriego stwierdza według autora z całą pewnością, że dane zwierzę dotkniętem było wścieklizną; brak ich nie wyklucza jeszcze wścieklizny i dlatego w razie ujemnego wyniku badania histologicznego stosować należy metodę biologiczną. *Droba.*

A. Bickel. **Badania doświadczalne nad wydzielaniem się soku żołądkowego u trawożernych.** (*Berl. klin. Wochenschr.*, Nr. 6, 1905). Autor badał wydzielanie się soku żołądkowego u kóz, wykroiwszy z czwartego żołądka sposobem Pawłowa tak zwany mały żołądek. W przeciwieństwie do żołądka małego psów, który wydziela sok niestale, z małego żołądka kóz sok sączył się bezprzestannie. Należy to objaśnić tem, iż u kóz w czwartym żołądku, odpowiadającym swą budową żołądkowi mięsożernych i wszystkożernych, w warunkach zwykłych stale przebywa miazga pokarmowa. Nawet po dwudniowem głodzeniu kozy, otwierając na trzeci dzień żołądek czwarty, znajdował w nim autor miazgę pokarmową. A więc u kóz trawienie odbywa się bez przerwy; nie tak, jak u psów. Drugą osobliwością soku żołądkowego kóz są znaczne wahania w kwaśności. Jeżeli kozę głodzić, to sok żołądkowy, wypływający z małego żołądka, posiada odczyn wybitnie zasadowy. Jeśli potem zwierzę nakarmić, to stopniowo w ciągu godzin zwiększa się wydzielanie soku, a jednocześnie zmienia się odczyn jego: z początku staje się słabo kwaśnym, później silniej, wreszcie dochodzi do najwyższej kwaśności, poczem powoli znowuż robi się mniej kwaśny, aż wreszcie staje się zasadowym, a ilość jego spada do ilości tej, jaką żołądek wydzielał przed karmieniem. *A. Wrzosek.*

Abba i Bormans. **Szybkie rozpoznawanie wścieklizny sposobem histologicznym.** (*Annales de l'Institut Pasteur*, Nr. 1, 25 Janvier, 1905). Ponieważ metoda biologiczna rozpoznawania wścieklizny, polegająca, jak wiadomo, na szczepieniu pod oponę twardą królikom cząsteczek tkanki mózgowej z podejrzanych na wściekliznę zwierząt, jest o tyle niedogodną, że wymaga do ostatecznego rozstrzygnięcia względnie długiego czasu, — przeto autorowie na podstawie porównawczych badań zalecają w miejsce metody biologicznej metodę histologiczną, prowadzącą szybko do celu (24 godzin, czasem więcej) i wymagającą do wykonania prócz mikroskopu zaledwo kilku odczynników. Myśl i zasada metody ma początek w badaniach autorów jak: Negri, Daddi, Volpino, Luzzani i Macchi, Amato, którzy w komórkach nerwowych zwierząt padłych na wściekliznę znachodzili ciałka, zwane od ich odkrywcy ciałkami Negriego i występujące najobficiej w komórkach nerwowych tkanki mózgowej z *cornu Ammonis*. — Autorowie wycinają z rogu Ammona kawałeczki tkanki grubości 3—4 mm., ustalają je przez 5—6 godzin w 4—5 sz. cm. 10% kwasu osmowego, — przemywają je następnie przez $\frac{1}{2}$ lub więcej godzin w wodzie zwyczajnej, — stwardniają przez 3—4 godzin w alkoholu absolutnym, — robią z nich brzytwą skrawki, które badają pod mikroskopem w glicerynie. Komórki nerwowe są w tych preparatach barwy kawowej, jądra mniej żółte, — jąderka zaś silnie zabarwione. W pierwoszczy komórek leżą ciałka Negriego, podobnie zabarwione, jak jąderka, wykazujące wewnątrz przestrzenie jasne, jakby wakuole. Ciałka mogą być różnej wielkości i mogą się znajdować w różnej ilości w jednej komórce. Autorowie zbadali 93 przypadki, — stosując równocześnie metodę biologiczną i histologiczną. W 58 przypadkach był wynik co do wścieklizny dodatni, w 35 — ujemny. Z 58 przypadków o wyniku dodatnim w dwóch tylko nie znaleziono ciałek Negriego. — Według autorów obecność tych ciałek jest pewną oznaką, że ustrój dany był dotknięty wścieklizną: nieobecność ich nie wyklucza jednakowoż wścieklizny i dlatego w zakładzie szczepień ochronnych przeciw wściekliźnie w Turynie stosują obecnie przedewszystkiem metodę histologiczną — a dopiero, gdy ta wypadnie ujemnie, dołączają metodę biologiczną. *Droba.*

R. Lépine. **O udziale zrazików trzustki w czynności wydzielniczej wewnętrznej.** (*Journal de Physiol. et de Path. gén.*, 1905, Nr. 1). Lépine i Barral pierwsi wypowiedzieli w r. 1891 przypuszczenie, iż trzustka nietylko wydziela do przewodu pokarmowego sok trzustkowy, ale także do krwi wydzielinę t. zw. wewnętrzną. Prawdziwość tego przypuszczenia została potwierdzona badaniami Minkowskiego i Hédona. Później Laguesse wyraził przypuszczenie, że owo wydzielanie wewnętrzne odbywa się w kępkach Langerhansa. Hipoteza Laguesse'a zyskała podporę w badaniach anatomopatologów, którzy zauważyli, iż w pewnej liczbie przypadków cukrzycy kępki Langerhansa albo były nieliczne, albo wykazywały zmiany, osobliwie zwyrodnienie szkliste, których to zmian w zrazikach nie było. Z drugiej jednak strony spostrzegano i takie przypadki cukrzycy, w których kępki Langerhansa były prawidłowe, a tylko w zrazikach były mniej lub więcej wybitne zmiany. Stąd Lépine przypuszcza, iż zraziki, przynajmniej w pewnej części, biorą także udział w wydzielaniu wewnętrznem. Jeszcze przed laty 12-tu Lépine wykazał, iż własność glikolityczna krwi zwiększa się po podwiązaniu przewodu Wirsunga lub po wstrzyknięciu doń oliwy. Ponieważ zwiększone w ten sposób ciśnienie w przewodach wydzielniczych trzustki nie może wywierać żadnego wpływu na kępki Langerhansa, jak to Schmidt wykazał, przeto, zdaniem Lépinea, zwiększenie się własności glikolitycznej krwi po podwiązaniu przewodu trzustkowego Wirsunga należy tłómaczyć uciskiem na komórki zrazików, przez co wydzielina ich dostaje się w obfitszej ilości do naczyń włoskowatych. *A. Wrzosek.*

Sokołow. **Czynność wydzielnicza żołądka u psa.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny.* Petersburg, 1904). Autor badał szczegółowo w pracowni prof. Pawłowa wydzielniczą czynność żołądka w zależności od wprowadzanych bezpośrednio do jelita pokarmów. Doświadczenia wykonał na psie, u którego przegrodził połączenie żołądka z jelitem zapomocą błony śluzowej, bez uszkodzenia jednak gałązek nerwowych, przechodzących z odźwiernika na dwunastnicę; w razie potrzeby żołądek mógł być połączonym z jelitem sztucznie zapomocą rurek: wreszcie autor odosobnił u tegoż psa mały żołądek sposobem Haidenhain-Pawłowa, wobec czego mógł śledzić pracę wydzielniczą gruczołów żołądkowych podczas trawienia. Przekonawszy się, że pod wpływem nowo wytworzonych warunków przedostawania się pokarmów z żołądka do jelit czynności wydzielnicza i ruchowa żołądka nie uległy wcale zmianie, badał S. najpierw wydzielanie soku żołądkowego i zmiany treści żołądkowej przy różnych gatunkach pokarmu, z tem jednak zastrzeżeniem, że przetwory trawienia nie przechodziły do jelita, lecz były zatrzymane w samym żołądku. Okazało się, że mięso, zjedzone w sposób zwyczajny i zatrzymane w żołądku, sprowadza wzmożenie wydzielania soku w ostatnich godzinach i przedłuża okres wydzielniczy; siła trawienna soku nie ulega zboczeniu od normy. Zestawiając w tych warunkach ilość soku wydzielonego przez mały odosobniony żołądek, a duży, doszedł autor do wniosku, że wessanie w żołądku w warunkach, wytworzonych podczas doświadczenia, nie miało miejsca; a jeśli rzecz miała się tak, to oczywiście wydzielanie soku żołądkowego mogło odbywać się jedynie w drodze miejscowego odruchu z błony śluzowej żołądka. Mięso, wprowadzone wprost do żołądka i zatrzymane w nim, wywołuje w pierwszej godzinie mniejsze wydzielenie soku, co tłómaczy się brakiem podniety psychicznej; następnie zaś wydzielenie nie różni się od soku wyżej opisanego. Dalsze doświadczenia autora wykazały, że tłuszcz, wprowadzony do żołądka, sam lub w połączeniu z pokarmem białkowym, nie wywiera żadnego wpływu odczynowego z błony śluzowej żołądka na gruczoły żołądkowe; tłuszcz więc w żołądku przedstawia substancyę obojętną dla wydzielania; przeciwnie tłuszcz, wprowadzony do jelita, tamuje w wysokim stopniu wydzielanie soku żołądkowego, służącego do trawienia pokarmu białkowego (mięso); wprowadzony zaś do żołądka obniża jego siłę trawiącą. Wprowadzenie tłuszczu do je-

lita na godzinę przed wprowadzeniem mięsa do żołądka sprowadza zupełne ustanie czynności gruczołów żołądkowych przez czas dłuższy; kwas solny, wprowadzony do żołądka, wywołuje odruch z jego błony śluzowej, tamujący wydzielanie soku żołądkowego; kwas zaś masłowy przeciwnie ma silne działanie sokopędne; jeśli więc nagromadzenie kwasu solnego w żołądku dochodzi do pewnego stopnia, następuje odruchowo z błony śluzowej zatrzymanie dalszego wydzielania soku; w ten sposób odbywa się w żołądku samodzielne regulowanie wydzieliny żołądkowej. Podobne działanie tamujące na wydzielanie soku żołądkowego wywiera kwas solny, również z błony śluzowej dwunastnicy. Sól kuchenna, dodana do pokarmu i wprowadzona do żołądka, podnosi bardzo wybitnie wydzielanie soku żołądkowego; wprowadzona zaś w silnem stężeniu do jelita, tamuje czynność gruczołów żołądkowych. Ślina, pozostając w żołądku, wywołuje wydzielanie soku dzięki zawartości wody; żółć i nieco w mniejszym stopniu sok trzustkowy, wprowadzone i zatrzymane w żołądku, sprowadzają znaczne spotęgowanie czynności gruczołów żołądkowych (prawie o 3—3½ razy). *Witold Orłowski* (Ptbg.).

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Rzeżączkę leczył poronnie Adolphi (*St. Petersb. med. Wochens.*, 1904, 35) zapomocą 4% roczczynu protargolu, wstrzykując go już w 14 godzin po pierwszych objawach, a w 69 godzin po zakażeniu. Po wstrzyknięciu gwałtowny odczyn (wypływ ropny, nieco krwawy), który wnet ustąpił, powtarzając się przy następnych wstrzyknięciach (po dobie i 2 dniach) coraz słabiej. Zupełne wyleczenie z początkiem drugiego tygodnia. Do poronnego leczenia rzeżączki zaleca protargol również Plachta (*Pharm. u. ther. Runds.* 1904, Nr. 1 i 2). *B.*

Itrol Credé pro oculis (cytrynian srebra) stosował Arlt (*Aerztl. Ctr. Ztg.* 1905, 3) z powodzeniem w rozmaitych rodzajach zapalenia spojówek (nie wyłączając jaglicy) i wrzodów rogówek, zasypując go w postaci proszku (naraz około 0,005—0,015). Ponieważ itrol łatwo się rozkłada, przeto należy posługiwać się itrolem z odpowiednio opakowanych pół- i 1-gramowych flaszeczek i obchodzić się z nim tak ostrożnie, jak z papierem fotograficznym. *H.*

Wartość **helmitolu,** jako środka, **odkażającego mocz,** badał Steinbüchel (*Wiener med. Presse*, 1905, 5), podając 3—4 × dnia po 2 kołaczyki po 0,50 (mniejsze dawki zawodzą). W 5 przypadkach świeżego zapalenia pęcherza wynik był dobry, szczególnie co do dolegliwości podmiotowych. W 2 przypadkach usunął helmitol zupełnie i trwale bakteriuryę. Lek ten działa często moczopędnie, jednakże w używanych przez S. dawkach nie sprawia przytem chorym dolegliwości, nie drażni nerek, ani przewodu pokarmowego. Miejscowo używał S. helmitolu (1 prc.) do wypełniania pęcherza przy cystoskopii zamiast kw. borowego, sprawiającego często pieczenie lub ból. Zresztą jednak S. nie używał helmitolu miejscowo, jako leku, bo w tym względzie nie przewyższa on innych, miejscowo dotychczas używanych środków. Wewnętrzne użycie helmitolu wskazane jest w *cystitis acuta* i *chronica*, *pyelitis*, bakteriuryi i zapobiegawczo przed i po cystoskopii. Dobre wyniki uzyskał zapomocą helmitolu w 5 przypadkach dawniej już Glass (*Wr. kl. ther. Woch.* 1904, 50). *B.*

Lysoform pod względem jego działania bakteryobójczego badał Hollos w zakładzie prof. Pertika w Peszcie, w którym to zakładzie używano już zresztą od lat dwóch 1—2% roczczynu lysoformu do odkażania i odwaniania rąk po sekcyach. H. powtórzył naprzód doświadczenia Seydewitza, t. j. zalewał świeże hodowle różnych bakteryi na skośnym agarze 1—4% roczczynem lysoformu, który odlewał po pewnym czasie i badał hodowlę przez dalszych 8 dni; w żadnej hodowli bakterye już dalej się nie rozwijały. Uważając jednak technikę doświadczeń Seydewitza za niedokładną, wykonał H. inny szereg prób, w sposób następujący: Do 10 ctm.³ 2—4% roczczynu lysoformu dodawał po ½ ctm.³ świeżych dobowych bulionowych hodowli różnych bakteryi; z tej mieszaniny przeszczepiał na agar glicerynowy, opłukując przytem naprzód w wodzie kondensacyjnej pętlę, aby na powierzchnię agaru ile możności nie przenosić środka dezynfekcyjnego. Wynik swych doświadczeń zestawia H. w tabeli, z której wynika, że hodowle prątków durowych, błoniczych, gronkowców i paciorkowców giną pod wpływem ½-godzinnego działania 2%, a ¼-godzinnego działania 4% roczczynu lysoformu. Krótsze działanie upośledza rozwój tych bakteryi. *Ll.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydział lekarski rzymsko-katolickiego Towarzystwa dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

Posiedzenie w dniu 26—X (8—XI) 1904 roku.

(Dokończenie).

W dyskusyi nad odczytem prof. Dr. Raczyńskiego p. t. „Gruźlica kobiecych narządów płciowych" zabiera głos prof. Dr. Ziemacki, który przytacza 3 spostrzeżgane przez siebie przypadki. Pierwszy dotyczy młodej dziewczyny, która wstąpiła do klinicznego instytutu Wielkiej księżny Heleny Pawłówny z powodu gruźlicy stawu (*tumor albus*); oprócz gruźliczego zajęcia stawu kolanowego mówca znalazł znaczne zmiany w płucach, daleko idące wyniszczenie i wysoką gorączkę; choroba przebiegała z potami. Po upływie półrocznego leczenia zachowawczego chora zaczęła się uskarżać na cierpienie w narządzie płciowym; badanie wykazało owrzodzenie, w wysokim stopniu przypominające wrzód miękki (*ulcus molle*); leczenie środkami przyżegającymi pozostało bez skutku, a po 2 tygodniach takiż wrzód wystąpił po stronie drugiej, a wkrótce cały srom został zasypany małymi wrzodami drążącymi. Wobec ujemnych wyników leczenia, oraz tej okoliczności, że chora była *virgo intacta*, powstała u mówcy myśl o gruźlicy; badanie w kierunku prątków Kocha, dokonane przez niego i przez prof. Pietrowa, stwierdziło istotnie ich obecność w wielkiej liczbie; pod wpływem przyżegania słabymi roczczynami kwasu mlecznego wszystkie te owrzodzenia zagoiły się, płytsze w ciągu tygodnia, głębsze po 6—8 tygodniach. Przypadek ten mówca spostrzegał przed 9 laty, kiedy nie był jeszcze znany prątek mastki (*bacillus smegmae*); ten więc przypadek uważa prof. Ziemacki za wątpliwy. Drugi przypadek dotyczy również młodej dziewczyny, która wstąpiła do kliniki z gruźlicą kolana i nerek; gdy i ona uległa podobnież owrzodzeniom, jak i chora poprzednia, mówca dokonał badania i również znalazł wielką liczbę prątków Kocha; głębsze badanie wykazało jednak, że były to prątki mastki (*bacilli smegmae*). W tym więc przypadku nie była gruźlica, lecz owrzodzenia wywołane zbyt obfitym rozwojem laseczników mastki. Trzeci przypadek spostrzegał prof. Ziemacki w ostatnim roku; dotyczył on panny, do której był on zawezwany przez ginekologa z powodu bardzo silnych bólów w okolicy kiszki ślepej, a przytem chora gorączkowała (38,5°), brzuch był wzdęty i wykazywał chełbotanie w prawym dole biodrowym. Przy laparotomii z okolicy jelita ślepego wylało się prawie 2 litry serowatej cieczy; cała otrzewna miednicy małej była pokrytą grubymi strzępami zserowaciałych mas; po ich usunięciu łatwo było przekonać się o gruźliczem zajęciu jajowodów, zwłaszcza prawego, który posiadał grubość 2 palców, był wciśnięty w stężałą wypocinę i prawie nieruchomy. Po operacyi chora spędziła lato na południu. Obecnie czuje się stosunkowo zdrową.

Dr. Maczewski, uznając trudności w odszukaniu pierwotnego ogniska gruźliczego w przypadkach gruźlicy narządów płciowych, przypuszcza, że gruźlica narządów rodnych może być sama przez się pochodzenia pierwotnego. Za tem przemawiają doświadczenia Popowa, dokonane w instytucie medycyny doświadczalnej, wykazujące, że do uszkodzonej lub wypędzlowanej jodyną pochwy można zaszczepić laseczniki Kocha. Pierwotne zakażenie części rodnych może nastąpić *sub coitu* lub przez narzędzia, użyte do badania. Mówca spostrzegał w szpitalu obuchowskim kilka przypadków gruźlicy kobiecych narządów płciowych; jeden z tych przypadków, leczony przez Dr. Bereśniewicza, który upoważnił mówcę do ogłoszenia, dotyczył osoby wycieńczonej zmianami w płucach o naturze podejrzanej; badanie ginekologiczne wykazało ropień w tylnem sklepieniu; przypuszczając zwykły ropień, Dr. Bereśniewicz rozciął tylne sklepienie; wylało się wiele ropy o woni kałowej; ranę zadrenowano; kał wydzielał się wciąż, chora po 8 dniach umarła. Badanie zwłok wykazało: *tuberculosis miliaris, enterocolitis tuberculosa, perforatio intestini, peritonitis saccata*; kał pochodził z jelita, przedziurawionego przez wrzód gruźliczy; badanie wykazało wielką liczbę laseczników Kocha. Wreszcie mówca zaznacza, że prelegent, podając całą odnośną kazuistykę rosyjską, pominął milczeniem kazuistykę ojczystą: n. p. nie przytoczył z piśmiennictwa polskiego spostrzeżenia Dr. Krzywickiego.

Doc. Dr. Witold Orłowski zaznacza również, że prelegent nie omówił przypadku gruźlicy części pochwowej macicy, podanego przez Dr. Stankiewicza. Co do leczenia gruźlicy narządów rodnych, to jakkolwiek będąc internistą, nie liczy siebie za biegłego w tej sprawie, jednak uważa za zbyt pośpieszne wyprowadzanie wniosków na podstawie jednego spostrzeżenia o niezbędności doszczętnego wycinania uległych gruźlicy narządów nawet wtenczas, gdy zajęcia przydatków macicy nie da się stwierdzić przy badaniu chorej. Mówcy zdarzało się spotykać w piśmiennictwie nawet ojczystem (Stankiewicz) opisy przypadków, gdzie po wyłyżeczkowaniu z macicy mas gruźliczych z następowem zastosowaniem przyżegań, występowała bardzo wyraźna poprawa stanu ogólnego i objawów miejscowych.

Prezes Dr. Strawiński zapytuje o stan sąsiednich gruczołów w pierwszym przypadku prelegenta.

Prelegent: Gruczoły sąsiednie nie były powiększone.

Dr. Strawiński: Podobny stan gruczołów ma wielkie znaczenie rozpoznawcze; sprawie rakowej i kile towarzyszy najczęściej zajęcie gruczołów.

Prelegent prof. Dr. Raczyński, odpowiadając prof. Dr. Ziemackiemu, wyjaśnia, że pierwszy jego przypadek nie był gruźlicą, ponieważ owrzodzenia gruźlicze nigdy nie goją się szybko; znalezione laseczniki były zapewne lasecznikami mastki, tem bardziej, że laseczniki Kocha zwykle nie znajdują się w owrzodzeniach gruźliczych; co się tyczy trzeciego przypadku prof. Dr. Ziemackiego, to prelegent podkreśla zaznaczoną przez prof. Dr. Ziemackiego okoliczność, mianowicie ogromną trudność wyosobnienia dotkniętych gruźlicą jajowodów wskutek ich zrośnięcia z częściami sąsiedniemi; ten objaw, zdaniem prelegenta, jest cechującym dla gruźlicy. W odpowiedzi Dr. Maczewskiemu prelegent oświadcza: dyskusya na ostatnim położniczym międzynarodowym Zjeździe w Rzymie wykazała, że im krytyczniej zachowujemy się względem prac dawniejszych i im szczegółowiej badamy przypadki nowe, tem bardziej przychodzi się do wniosku, że pierwotna gruźlica narządów płciowych jest sprawą bardzo a bardzo rzadką. Prelegent zaznacza wreszcie, że rozpoznanie gruźlicy narządów płciowych ma ogromne znaczenie pod względem leczniczym: często stosowane w schorzeniach narządów kobiecych kąpiele błotne o wysokiej ciepłocie pogarszają stan chorych w razie przyrody gruźliczej cierpienia; chore te należy posyłać na południe do uzdrowisk lub na kumys.

II. Dr. Zenon Orłowski wygłasza rzecz pod tyt: „Wzajemny stosunek *achyliae gastricae* i t. zw. *protozoa-colitis*. Prelegent opisuje 3 przypadki *protozoa-colitis*, spostrzegane w klinice lekarskiej, w których badał sok żołądkowy. We wszystkich tych przypadkach biegunkę poprzedzały objawy przewlekłego nieżytu żołądka; w 1-szym badanie stolca wykryło wiciowce, w 2-gim rzęsistka jelitowego (*trichomonas intestinalis*), wreszcie w 3-cim rzęsistka i ogoniastka jelitowego (*trichomonas i cercomonas intestinalis*). Siła trawiąca soku żołądkowego wynosiła w tych przypadkach 1 mm. 0;0; wolnego kwasu solnego również w żadnym przypadku nie było, a ogólna kwasota była nader nizką. Na podstawie tych spostrzeżeń i danych z piśmiennictwa prelegent uważa, że dla obrazu zakażenia pierwotniakami, w tej liczbie i rzęsistkami, niezbędnym jest obojętny odczyn soku żołądkowego wraz z obecnością głębokich zmian patologicznych w błonie śluzowej nie tylko żołądka, lecz i jelit.

Dyskusya: Dr. Kamiński zapytuje prelegenta, czy t^0 w jego przypadkach była podniesioną?

Dr. Z. Orłowski: W jednym przypadku t^0 była podniesioną w ciągu 3—4 dni, w innych była prawidłową.

Dr. Kamiński: Jak szybko rozwolnienie, wywołane przez pełzaki, ustępuje pod wpływem środków odkażających?

Dr. Z. Orłowski. Pełzaki można wykryć w stolcach w ciągu długiego czasu, lecz poprawa następuje szybko po lawatywach odkażających, jakkolwiek biegunka łatwo nawraca, jeśli leczenie się przerywa.

Prof. Dr. St. Zaleski Z odczytu prelegenta można wysnuć wniosek, że osobniki z prawidłowym sokiem żołądkowym są zabezpieczone od zakażenia pełzakami; dla zakażenia niezbędnem jest schorzenie, sprowadzające pewne zaburzenia w składzie soku żołądkowego, lub szereg innych warunków, sprzyjających przedostawaniu się tych pasorzytów przez żołądek do jelit. Pod tym względem niebezpiecznym est zwyczaj bezkrytycznego używania t. zw. „wód stołowych", do których należą wody alkaliczne; w użyciu tych wód uważa mowca za niezbędne zaprowadzić pewne normy; sprawę tę ma zamiar podnieść w komisyi Koła, dotyczącej stosowania wód krajowych.

Doc. Dr. W. Orłowski zaznacza, że dla przedostania się pełzaków do jelit istnieją u człowieka 2 drogi, mianowicie lawatywy z wody nieprzegotowanej, zawierającej pełzaki i jadło na czczy żołądek, kiedy odczyn w żołądku jest zwykle słabo zasadowy. Leczenie biegunki, wywołanej przez omawiane twory, polega przedewszystkiem na stosowaniu lawatyw odkażających. Jakkolwiek podobne leczenie sprowadza szybko polepszenie, zupełne wyleczenie następuje zwykle z ogromną trudnością. Okoliczność ta zależy od tego, że omawiane pasorzyty, jak wykazali dla rzęsistka jelitowego Sołowjew, Winogradow i Klimenko, zawierają się nietylko na powierzchni błony śluzowej jelit, lecz przedostają się do ścian jelit, dochodząc do warstwy podotrzewnowej. Mowca spostrzegał oprócz chorych prelegenta kilka przypadków biegunki tego pochodzenia. Jeden z nich ma pod swoją obserwacyą przeszło 3 lata: dotyczy on żony jednego z kolegów, która cierpiała od lat 12 na częstą biegunkę; leczenie pozostawało bez skutku; stolce następowały co $1^1/_2$—2 godzin, chora zgłosiła się do mowcy; wykrył on w wypróżnieniach mnóstwo monad, które odznaczały się ogromną ruchliwością; lawatywy odkażające usunęły już po 10 dniach biegunkę; stolce stały się papkowatymi, a wkrótce prawidłowej zbitości, lecz wystarczało przerwać leczenie, by biegunka wystąpiła znowu; dopiero po $2^1/_2$ latach sumiennego leczenia chora pozbyła się zupełnie swego cierpienia.

Prof. Dr. St. Zaleski zapytuje doc. Dr. W. Orłowskiego, czy nie stosował w swych przypadkach leków odkażających wewnętrznie?

W odpowiedzi doc. Dr. W. Orłowski zaznacza, że omawiane pasorzyty znajdowano nietylko w jelitach grubych, lecz i w cienkich, a Sołowjew spostrzegał rzęsistki nawet w żołądku w przypadku raka z przedziurawieniem żołądka do jelita grubego w okolicy zgięcia wątrobowego. W spostrzeganych przez mówcę przypadkach do zajęcia jelit cienkich nigdy nie doszło, za czem przemawiało dobre odżywienie chorych, pomimo długotrwałości choroby. Wobec tego stosował on tylko lawatywy odkażające, najczęściej z chininy, salicylanu sodowego, kwasu borowego i resorcyny.

Prof. Dr. St. Zaleski zaznacza, że wobec badań Sołowjewa niebezskutecznem prawdopodobnie byłoby podawanie leków odkażających również przez usta.

Dr. Strawiński zapytuje prelegenta, czy omawiane pasorzyty nie są tworami niewinnymi?

Dr. Z. Orłowski: Zdanie o chorobotwórczych własnościach tych pasorzytów podzielają nie wszyscy klinicyści; niektórzy utrzymują, że one nie są zdolne wywołać biegunkę, lecz tylko znajdują na gruncie patologicznym warunki, sprzyjające ich rozwojowi.

Doc. Dr. W. Orłowski: Niektóre z tych tworów (woruszki odznaczają się ogromną ruchliwością, która prawdopodobnie nie jest obojętną dla jelit. Wiadomo, że mniej ruchliwe pasorzyty, n. p. ciańka ludzka (*trichocephalus dispar*) wywołuje czasami uporczywą biegunkę; podobny przypadek opisał prof. K. Wagner; gdy w tym przypadku udało się, — co nie jest łatwem, — spędzić glisty, biegunka ustała sama przez się. Co się tyczy rzęsistków, to badania Sołowjewa i prof. Winogradowa wykazały, że są one nadzwyczaj ruchliwymi; dzięki ruchom przedostają się one do warstwy podśluzowej bez poprzedniego uszkodzenia tkanki śluzowej i mnożą się tu bardzo szybko, sprowadzając w niej największe zmiany z zejściem w zgorzel; stąd w zgorzel rozchodzi się we wszystkich kierunkach; największą liczbę rzęsistków wykazują nie części, uległe już zgorzeli, lecz stosunkowo zdrowe tkanki, graniczące z częściami obumarłemi. Badanie warunków, niezbędnych dla życia rzęsistków po za przewodem pokarmowym, stwierdziło również, że nie wykazują one skłonności do przedostawania się do tkanek martwych. Na podstawie tych badań nie ulega wątpliwości, że rzęsistki są sprawcami wrzodziejącego zapalenia jelit.

Dr. Wierciński przyłącza się do zdania Dra Strawińskiego, że niema jeszcze dowodów, któreby stanowczo przemawiały za tem, że omawiane pasorzyty są przyczyną biegunki.

Na tem posiedzenie zamknięto. *Witold Orłowski.*

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Polskie Towarzystwo balneologiczne w Krakowie podaje do wiadomości kolegów:

Obok referatu p. t. „Najistotniejsze potrzeby i braki naszych zdrojowisk i uzdrowisk, opracowanego przez P. P. Jana hr. Potockiego z Rymanowa i Dr. Zygmunta Wąsowicza, zgłoszone zostały na Zjazd balneologiczny, mający się odbyć w dniach 6 i 7 maja b. r., następujące odczyty:

1. Dr. Arnstein Feliks (z Ciechocinka): „Jakie stanowisko zająć winno leczenie balneoterapeutyczne w kamicy moczowej".

2. Dr. Dobrzycki Henryk (z Warszawy): „O sanatoryach w Królestwie i Zabranym Kraju".

3. Dr. Dłuski Kazimierz (z Zakopanego): „II-gie Sprawozdanie z działalności Sanatoryum dla chorych piersiowo w Zakopanem (od dnia 1/V 1904 do 1/IV 1905)".

4. Prof. Dr. W. Jaworski i Dr. K. Flis (z Krakowa): „Wyniki badań fizykalno-chemicznych polskich wód zdrojowych i ich znaczenie dla balneologii."

5. Prof. Dr. Ludomił Korczyński (z Krakowa): „O organizacyi i administracyi krajowych zdrojowisk".

6. Doc. Dr. Lemberger Ignacy (z Krakowa): „Czy można zastąpić wody mineralne naturalne sztucznemi?"

Tenże: „O źródłach wody mineralnej w Głębokiem".

7. Radca Dw. Dr. Merunowicz Józef (ze Lwowa): „O przepisach budowlanych w zdrojowiskach".

8. Dr. Pelczar Zenon (z Truskawca): „Leczenie chorób serca w Truskawcu".

9. Dr. Praschil Tadeusz (z Truskawca): Temat zastrzeżony.

10. Dr. Wajgiel Eugeniusz (z Iwonicza): „Higiena zdrojowisk".

11. Dr. Zanietowski Józef (junior): „O nowszych metodach elektroleczniczych w stosunku do postępów balneologii".

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 19 kwietnia.

* Towarzystwo lekarskie krak. odbyło dnia 12 b. m. posiedzenie nadzwyczajne, na którem koll. prof. Kader i Dr. Klęsk. oraz koll. prof. Jaworski i D-rowie Latkowski i Mięsowicz — przedstawili i omówili rzadsze przypadki — pierwsi z kliniki chirurgicznej, drudzy — lekarskiej.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiellon. otrzymał Leon Jan Zieliński.

* W Wyższej szkole w Charlottenburgu mają być urządzone między 25 a 29 b. m. bezpłatne wykłady, poświęcone alkoholizmowi. Program można otrzymać, przesyłając 10 fenigów na ręce nauczyciela Kochanowskiego (*Samariterstrasse, 35*). Na czele wykładów stoi Prof. Rubner, a do liczby wykładających należą znani przeciwnicy alkoholu: Laehr (Zehlendorf), Bergmann (Stockholm) i Hartmann (Lipsk).

* Austryacki związek przeciwalkoholiczny jeszcze w roku 1901 zwrócił uwagę ministra spraw wewnętrznych, że wiele win owocowych, noszących na etykiecie „alkoholfrei", w istocie alkohol zawiera. Rozkazem z dnia 21 -III 1905 poleciło ministerstwo zarządom gminnym badać wina owocowe i w razie wykrycia w nich alkoholu, stosować do oszukańczych fabrykantów tych win rygor prawa. Przy tej sposobności przypomina ministerstwo gminom dawniejsze polecenie zakładania lokalów z wyszynkiem win owocowych.

* Wydział „Polskiego Towarzystwa balneologicznego" rozesłał do lekarzy odezwę, w której uzasadnia wyjątkowo niekorzystne położenie zdrojowisk i uzdrowisk krajowych w tym roku wojny, tak szkodliwie odbijającej się na sprawach ekonomicznych Królestwa Polskiego; Wydział zanosi gorącą prośbę do lekarzy polskich, „aby w sezonie tegorocznym w szczególną wzięli opiekę zdrojowiska i uzdrowiska krajowe i polecali je z naciskiem swoim chorym".

* W Pradze istnieje od roku Towarzystwo, przysparzające miastu dobrego mleka. Do składu tego stowarzyszenia należą przeważnie lekarze, a na ich czele stoi Dr. Kašpar. Już po roku Towarzystwo to zamortyzowało fundusz wyłożony i miało 23,508 kor. czystego zysku, posiada ono 63 filie i wysprzedało w ciągu roku 3,972,085 litrów mleka.

* Izba belgijska powzięła uchwałę, która stanie się jej chlubą po wsze czasy: większością 127 głosów przeciw 5 uchwaliła Izba zakaz fabrykowania i sprzedawania w Belgii piołunkówki (absyntu), jak wiadomo najszkodliwszej ze wszystkich napojów wyskokowych.

* „Russkij Wracz" (Nr. 12) przytacza nazwiska 36 lekarzy, którzy bądź padli, bądź odnieśli rany, bądź „zapodzieli się" w ciągu obecnie toczącej się wojny na Wschodzie azyatyckim.

* Między 27 marca a 2 kwietnia doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy: w powiecie dąbrowskim (4 gminy) i tarnowskim (1 gm.). W tymże czasie stwierdzono durosutkowy w następujących powiatach Galicyi: brzeżańskim, buczackim (po 1 gm.), cieszanowskim (2 gm.), czortkowskim, dobromilskim, dolniańskim (po 1 gm.), drohobyckim (5 gm.), jaworowskim (3 gm.), kamioneckim (5 gm.), kołomyjskim (3 gm.), liskim, lwowskim (po 1 gm.), nadwórniańskim (2 gm.), niskim, przemyskim (po 1 gm.), przemyślańskim (3 gm.), skałackim, starosamborskim, stanisławowskim, tarnopolskim (po 1 gm.), tłumackim (4 gm.), zaleszczyckim (2 gm.), zborowskim (3 gm.), złoczowskim, żółkiewskim (po 1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Zoege Manteuffel mianowany został profesorem zwyczajnym chirurgii w Uniwersytecie dorpackim Nadzwyczajnymi profesorami mianowani docenci: Garten (fizyolog) i Hirsch (med. wewn.) — w Lipsku. Prof. Gerhardt mian. został prof. polikliniki lekarskiej w Erlandze.

Nekrologia. Dr. Seweryn Piotrowski, b. sekundaryusz szpitala św. Łazarza i lekarz zdrojowy w Krynicy, zmarł dnia 15 b. m. w Krakowie, licząc lat 35. — Dr. Stanisław Warmiński, lekarz praktyczny, spółzałożyciel szpitala dla dzieci, orędownik wielu instytucyi społecznych, zakończył życie w Bydgoszczy, licząc lat 57. — Dr. Henryk Mańkowski, b. adjunkt Akademii weterynaryi, świeżo mianowany profesor hodowli w Dublanach, zakończył życie d. 11 bm. we Lwowie, w wieku lat 34. Zmarły po otrzymaniu dyplomu lekarskiego udał się za granicę, gdzie poświęcał się z całym zapałem zdolnego i pracowitego człowieka badaniom naukowym; z tego czasu wyszło w czasopismach krajowych kilka jego poważnych prac. Po powrocie do kraju objął obowiązki redaktora „Hodowcy Drobiu" i sekretarza w „Towarzystwie hodowli drobiu". Człowiek nauki, obywatel wielkiego serca, pionier nowej gałęzi gospodarki krajowej, opuścił posterunek zdobyty z takim nakładem pracy. Śmierć Henryka Mańkowskiego to ciężka strata dla nauki i społeczeństwa polskiego. — Dr. Eugeniusz Frankenstein zmarł dnia 11 b. m. w Warszawie w 56 r. życia. — Dr. Jan Popielawski, założyciel przytuliska dla kalek, naczelnik straży ogniowej, zmarł w Warcie, licząc lat 57 — Dr. Bolesław Dłuski, litwin, zakończył życie d. 11 b. m. w Krakowie, w 78 r. życia. Jako kapitan wojska rosyjskiego wpisał się na wydział lekarski i otrzymał dyplom w Moskwie. W r. 1863 zasłynął pod nazwiskiem Jabłonowskiego jako wódz zwycięzkiego oddziału na Litwie, który rozbił batalion strzelców finlandzkich pod Popielanami. Prócz zawodu lekarskiego i wojskowego, ś. p. Dłuski był znakomitym rysownikiem i jemu to zawdzięczamy piękne podobizny profesorów Majera i Skobla. Po upadku powstania osiadł z rodziną w Krakowie, lecz medycyną nie trudnił się więcej. Bezgranicznie skromny i cichy, bez skargi walczył 40 lat z przeciwnościami losu i do śmierci nie spoczął po znojnych trudach długiego żywota. Cześć pamięci szlachetnego i zasłużonego obywatela i lekarza. — Dr. Glaevecke, prof. ginekologii, zmarł w Rostocku.

Bibliografia

— *Medycyna* Nr. 14. Flis: Badania fizykalno-chemiczne wód leczniczych normalnych prof. Dr. Jaworskiego (c. d.). Neugebauer: Kilka słów o dwupłciowym rozwoju przewodów płciowych z uwzględnieniem wybitniejszych przypadków rozwoju macicy u mężczyzn.

— *Gazeta lekarska* Nr. 13. Moraczewski: Przyczynek do charakterystyki t. zw. fosfaturyi. Bornstein: Z kazuistyki neurologicznej (c. d.).

— *Kronika lekarska* Z. 7. Sędziak: O postępach w laryngologii i rynologii w ostatnich 25-ciu latach ze szczególnem uwzglę-

dnieniem piśmiennictwa polskiego (c. d.). Niedzielski: Postępowanie chirurgiczne w przypadkach złamań sklepienia czaszki (c. d.).

— *Ginekologia* Nr. 3. Dobrowolski: Sprawozdanie z kliniki położniczej krakowskiej (c. d.). Czyżewicz: Kilka uwag w sprawie leczenia drgawek porodowych. Neugebauer: Trzy spostrzeżenia zwężenia miednicy różnego pochodzenia.

— *Nowiny lekarskie* Nr. 4. Kostanecki: Descensus testiculorum (c. d.). Lemberger: O rozkładzie chloroformu podczas stosowania go przy narkozie.

— *Odczyty kliniczne* Nr. 190 i 191. Neusser: Bradykardya — Tachykardya (tłómaczył Dr. Kolasiński).

— *Przegląd kąpielowy* Nr. 1. Lud. Korczyński: Kilka uwag o naszem zdrojownictwie. *P.*: Polskie Towarzystwo balneologiczne.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 2. Popiel: Lubień — zakład zdrojowo-kąpielowy. Pelczar: Sprawa Morszyna.

— *Głos lekarzy* Nr. 8 zawiera: W sprawie lekarzy kolejowych.— Partactwo lecznicze w Galicyi (c. d.). — O reformie gminnej służby zdrowia w Galicyi (c. d.). — Stanowisko lekarzy wobec Kas chorych (c. d.). — Sprawozdanie Wydziału Tow. samopomocy lekarzy za rok 1904. — Jeszcze o znaczkach receptowych.

— *Revue v neurologii, psychiatrii, fisikalni a diaetetické therapii* Nr. 4. Mourek: Vzácný případ náhlé duševní infekce šesti sourozenců. Velich: Studie o vlivu soustavy nervové na tep (dok.). Ježdik: Případ myxoedemu.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 15. Růžička: Poznámky k theorii vitálního barvení histologického. Nový: Syfilis a těhotenství. Slavík: Lupus vulgaris a moje případy luposní (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 27. Faure: Interwencya chirurgiczna w zapaleniu wyrostka robaczkowego. Martinet: Wątroba wędrująca.

Nr. 28. Marchand: Porażenie ogólne postępujące a kiła.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 15. Ewald: Choroby przewodu pokarmowego a balneologia. Stadelmann: O zatruciu siarczkami alkalicznymi. Winternitz: Błędy w wodolecznictwie. Bibergeil: O doświadczalnem wywołaniu nadmiaru wód płodowych w zapaleniu nerek. Frankenhäuser: Cele i granice leczenia wodą w pomieszkaniu pacyenta. Kikuchi: Badania z agresiną dyzenteryczną. Jaksch: Rozpoznawanie i leczenie chorób wewnętrznych metodą Röntgena (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 15. Grassberger i Schattenfroh: Toksyna i antytoksyna. Lorenz i Reiner: Resekcya stawu biodrowego z zupełnem wyłuszczeniem torebki, oraz uwagi nad całkowitem wyłuszczeniem gruźliczego stawu biodrowego. Zak: Autoliza cieczy pochodzących z nakłucia *(punctio)*. Lucksch: Glista dżdżownicowata jako przyczyna zatoru tętnicy płucnej. Čačković: O powstawaniu wrzodu okrągłego w jelicie czczem po gastroenterostomii.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 15. Moritz: O rozszerzeniu serca. Dietlen: O rozszerzeniu serca w błonicy. Liepmann: Etyologia drgawek. Helber i Linser: Badania doświadczalne nad działaniem promieni Röntgena na krew. Werner: Chemiczne naśladowanie biologicznego działania promieni. Fleischmann: O czynnikach biorących udział w precypitacyi i ich zachowanie się wobec materyi fotodynamicznej. Ostmann: Zapobiegawcza ochrona uszów w ostrych chorobach zakaźnych. Reiche: Wyniki leczenia sanatoryalnego suchot płucnych. Schottelius: Technika odczynu Gruber-Widala. Martineck: O dogodnym do praktyki sztućcu do wykonywania odczynu Gruber-Widala zapomocą „typhusdiagnosticum" Fickera. Bleibtreu: Doświadczenia z zastosowaniem neuronalu. Fraenkel: Urazowe rozerwanie klap serca.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 15. Fraenkel: Dychawica sercowa a dusznica bolesna. Wassermann i Citron: Miejscowa odporność tkanki i jej praktyczna doniosłość. Klieneberger: Prątek krwawiączki. Tabora: Przyczynek do patologii raka żołądka. Kurschmann: Przyczynek do nauki o zawodowem zapaleniu nerwów. Welden: Przewodnictwo dźwięku w płucu i jego spożytkowanie dyagnostyczne. Bibergeil: Doświadczalne badania nad barutyną nowym lekiem moczopędnym. Federmann: Przypadek ropnia śledziony po durze brzusznym, wyleczonego operacyjnie. Sobernheim: Zastosowanie maretyny w ogólnem gośćcowem zapaleniu stawów.

Redakcya otrzymała. Biernacki: 1) Ueber den Begriff der Anämie in klinischer Beziehung. 2) O rzekomem krwiotwórczem działaniu arszeniku. 3) Z autobiografii człowieka szczęśliwego. 4) Po sezonie w Karlsbadzie. Żebrowski: O wpływie tyreoidyny na liczbę czerwonych ciałek i zawartość substancyi suchej krwi i o stałości odsetka wody we krwi ludzkiej. Krokiewicz: Przypadek „chloroma multiplex". K. W. Majewski: O ametropometryi i astygmoskopii. Puławski: Przyczynek do leczenia płonicy surowicą swoistą z pracowni prof. Bujwida. Kopczyński: Rady dla matek. X: Odezwa do matek w ważnej sprawie. Langie: Czego mnię nauczyła praktyka? Praschil: Wpływ wody truskawieckiej, zwanej „Naftusia", na przemianę materyi u ludzi zdrowych i dotkniętych skazą moczanową. Krzyżanowski i Praschil: Sprawozdanie sanitarne Zakładu zdrojowo kąpielowego w Truskawcu za r. 1904. W. Jaworski: O leczeniu wodami normalnemi.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 15 (od dnia 9/IV do 15/IV) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 25, dziew. 32; nieżywo: chł. 1, dz. 3. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 18, kob. 23; zamiejscowych: męż. 16, kob. 13.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych 2. 2) gruźlica: miej. 13, ob. 10. 3) zapalenie płuc: miej. 7, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 2. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. 1. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. 2. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 3, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. —. 21) nowotwory: miej. 1, — ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 11, ob. 8. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem:** miejscowych 41, obcych 29.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna z legatu ś. p. ROMUALDA PLĄSKOWSKIEGO, przyznaną zostanie przez Towarzystwo w roku 1906 za pracę z dziedziny psychiatryi, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim, w terminie od dnia 1 Kwietnia 1904 do dnia 31 marca 1906 roku, bądź też w rękopisie Towarzystwu Lekarskiemu przedstawioną. W braku prac odznaczających się w specyalnej treści psychiatrycznej, mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczyniać się będą do rozjaśnienia rozwoju powstawania chorób umysłowych. Termin ostateczny do złożenia rozpraw oznacza się na dzień 31 marca 1906 roku. Za najlepszą pracę wyznacza się nagroda około rub. 500. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzielona, stosownie do uznania Komitetu konkursowego. Wszystkie prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem co do prac w rękopisach, zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce zamieszkania mają być podane w oddzielnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami. Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora. 104

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały *Dr. Hoyer.*